

DOCTEUR H. BRUNOT

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

187

Contribution

à la

Lutte contre les Stupéfiants

DU TRAITEMENT DES TOXICOMANES

**L'ŒUVRE DE LA SOCIÉTÉ DES NATIONS
ET L'ACTION INTERNATIONALE**

PARIS

IMPRIMERIE CHAIX

(Succursale B), 11, boulevard Saint-Michel, 11

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

BRUNOT, HENRI-ARMAND

né le 29 août 1903, à Paris (14^e arr^t)

Contribution

à la

Lutte contre les Stupéfiants

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE CHAIX

(Succursale B), 41, boulevard Saint-Michel, 41

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	PROUST.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL. . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD. . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN. . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER . . . Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT . . . N...
 LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE . . Parasitologie
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . . . Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.

MM.
 MOCQUOT . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . . . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER . . . Clinique obstétricale.
 LÉVY-SOLAL . . Clinique obstétricale.
 METZGER . . . Clinique obstétricale.
 GUÉNIOT . . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DOCTEUR H. BRUNOT

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Contribution

à la

Lutte contre les Stupéfiants

DU TRAITEMENT DES TOXICOMANES

**L'ŒUVRE DE LA SOCIÉTÉ DES NATIONS
ET L'ACTION INTERNATIONALE**

PARIS

IMPRIMERIE CHAIX

(Succursale B), 41, boulevard Saint-Michel, 11

1933

A la mémoire de mon père.

A ma mère, respectueusement.

*A mon oncle François GAFFAJOLI,
en reconnaissance de tout ce que je lui dois.*

*A la Société des Nations
qui m'a fourni la documentation nécessaire à l'élaboration
de cet ouvrage.*

Au Comité de Défense contre les stupéfiants.

A l'Office National d'Hygiène sociale.

STAGES

M. le Professeur WIDAL (I. M.)

M. le Professeur DELBET

M. le Docteur BROUARDEL

EXTERNAT

M. le Docteur CROUZON

M. le Docteur AUVRAY

M. le Docteur CHIRIÉ

M. le Docteur BOULIN

M. le Docteur TOURAINE

Au Docteur GUELFUCCI,

Au Docteur PERONI,

*qui m'ont souvent aidé de leurs conseils,
en respectueuse amitié.*

Au Docteur DEQUIDT,

Au Docteur FORESTIER,

qui m'ont fourni les éléments de cette thèse.

Au Professeur Léon BERNARD

*qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

— — —

Contribution

à la

Lutte contre les Stupéfiants

DU TRAITEMENT DES TOXICOMANES

L'ŒUVRE DE LA SOCIÉTÉ DES NATIONS
ET L'ACTION INTERNATIONALE

AVANT-PROPOS

Ce modeste ouvrage n'a pas la prétention de traiter l'ensemble d'une question extrêmement complexe dès son point de départ, puisque après des années on n'a pu obtenir une solution définitive au point de vue international, bien que de gros moyens aient été mis en œuvre pour y aboutir, mais de montrer dans un rapide exposé ce que sont les stupéfiants, leurs origines, leurs dangers, les moyens de lutte employés pour essayer d'enrayer la propagation de ces toxiques, la conjugaison des efforts des pays éprouvés par le fléau de la toxicomanie.

La toxicomanie affecte actuellement tous les milieux sociaux. Tous les malheureux qui se livrent à l'emploi des stupéfiants sont dignes de pitié. Une classe nous semble particulièrement digne d'intérêt, parce que la plus touchée, celle des intellectuels. En effet, dans quel milieu social trouve-t-on le plus d'intoxiqués? L'écrivain, le médecin, celui-ci plus tenté encore par la facilité qu'il a de se procurer les drogues, chercheront dans les stupéfiants un appui, un réconfort et, bien que cela puisse paraître paradoxal, un tonique. N'a-t-on point trop souvent cité : *les Fleurs du mal*? Mais ces poisons, s'ils donnent parfois une excitation passagère, amènent toujours celui qui en fait usage à une dégradation physique et morale irrémédiable.

Chez nous, la cocaïne est particulièrement employée, facile qu'il est de s'en procurer; elle donne avec une excitation psychique

intense un pouvoir aphrodisiaque passager très recherché. L'opium, au contraire, une merveilleuse impression de bien-être et d'irréalité. Il est si facile, pour les malheureux qui s'adonnent à ce vice, de porter leurs doigts à leur nez ou de se faire rapidement une piqûre.

Le résultat navrant est qu'une pléiade de misérables, spéculant sur la faiblesse des toxicomanes, trafiquent en réalisant d'énormes bénéfices sur les drogues recherchées. Nos lois, actuellement sévères pour ces délits, sont cependant trop douces. Emus par ce nouveau danger, les peuples se sont unis pour lutter; et l'une des organisations principales de la Société des Nations est destinée à agir efficacement contre ce trafic en réglementant d'une part la *circulation des stupéfiants* et leur *fabrication* et en punissant, d'autre part, les délits. Lutte dangereuse et pleine d'embûches si l'on songe aux difficultés à vaincre. Il est extrêmement facile de faire de la contrebande, les contrebandiers étant particulièrement entraînés à employer les moyens de truquage. Qui n'a entendu parler du procédé employé en Chine : les paquets d'opium étanches étant entourés de sel pouvant séjourner au fond de l'eau jusqu'à fonte de celui-ci? Aux frontières, les « trucs » employés sont extrêmement variés; tous les objets, une fois évidés, peuvent servir de réservoirs, tels : montres sans mécanisme, cigares, appareils photographiques, instruments de musique, talons de souliers, brosses-magasins, enfin d'autres moyens basés sur la ressemblance des drogues avec des poudres blanches : bicarbonate, poudre de riz.

La lutte est rendue d'autant plus difficile contre le trafic illécite que les maisons fabricantes sont souvent extraordinairement puissantes. D'autre part, les Etats producteurs, les Etats fabricants retirent de la vente des produits bruts et des produits manufacturés de gros bénéfices. La grosse difficulté réside pour les pays producteurs à remplacer leurs cultures d'opium ou de feuilles de coca par des cultures différentes, ce problème étant particulièrement difficile à résoudre.

Nous envisagerons plus loin l'aspect international de la question, la situation des pays producteurs et pays fabricants, les différents moyens qu'on peut envisager pour mener à bien la lutte, et nous montrerons l'orientation actuelle de la question qui doit nous amener à la solution de trois grands problèmes :

Limitation de la production des matières premières, comme nous l'avons vu, extrêmement difficile à réaliser;

Limitation de la fabrication actuellement en bonne voie de réussite;

Enfin, *lutte contre le trafic illicite*, demandant un personnel entraîné, spécialisé.

Pour donner une idée des besoins mondiaux actuels et des bénéfices réalisés par le commerce illicite, nous donnons ci-après un tableau des prix de vente en gros des stupéfiants; et, en comparant les prix donnés avec les prix de revente au détail, on se rend aisément compte de l'énormité des bénéfices réalisés, le gramme de cocaïne se vendant couramment 50 francs.

La lutte entreprise est d'une portée énorme. Non seulement l'individu qui s'adonne aux stupéfiants ruine sa santé, mais, en outre, de cette déchéance personnelle, la santé de la race est en jeu. Des cas ont été cités par BROUARDEL et MARFAN. Dans le cas de BROUARDEL, il s'agissait d'un homme priseur de 3 grammes de cocaïne par jour, et qui, étant physiquement normal, eut deux enfants, l'un microcéphale, l'autre idiot. Le malade de MARFAN, ayant trois enfants normaux, vit, après qu'il fut devenu toxico-mane, sa descendance n'être plus constituée que d'enfants chétifs et malingres.

Ne pouvant étudier à fond la question de la lutte, nous nous bornerons, après avoir fait une étude rapide des stupéfiants les plus courants, à envisager la question sous son aspect international, la situation dans les principaux pays producteurs et fabricants; à voir quelles sont les méthodes de lutte en cours, en n'omettant pas de parler des procédés de désintoxication. Enfin, nous étudierons dans ses grandes lignes l'œuvre entreprise par la Société des Nations, les résultats obtenus et ce qu'il faut en espérer pour l'avenir.

BESOINS MONDIAUX EN STUPEFIANTS

Opium médicinal...	6 tonnes;		
Morphine	11 tonnes=110 tonnes d'opium;		
Héroïne	1 tonne = 10	—	—
Codéine	11 tonnes=110	—	—
Cocaïne	6 tonnes.		

Les prix moyens sont, pour la vente en gros :

Opium médicinal....	7.500 livres sterling la tonne;		
Morphine	32.000	—	—
Héroïne	40.000	—	—
Codéine	30.000	—	—
Cocaïne	25.000	—	—

DES STUPÉFIANTS ET DE LEURS DÉRIVÉS

Notre étude portera sur les stupéfiants d'usage le plus courant : opium, morphine et ses sels, feuilles de coca, cocaïne et ses sels. Enfin, nous ne négligerons pas de dire quelques mots du chanvre indien et de ses préparations.

GROUPE DE L'OPIUM

Opium brut. — Par opium brut, on entend le suc coagulé spontanément des capsules du pavot somnifère (*Papaver somniferum*) et n'ayant subi que les manipulations nécessaires à son emballage et à son transport, quelle que soit sa teneur en morphine. (Définition de la Convention de Genève.)

La fleur de pavot est annuelle. Les têtes de pavot sont recueillies quelques jours après la chute des feuilles, on incise et on recueille le suc blanc laiteux qui s'écoule; ce suc devient noirâtre au contact de l'air : chaque tête de pavot donne environ 0 gr. 05 d'opium. Cette récolte est à la merci des pluies, une chute abondante pouvant dissoudre le suc et annuler la récolte.

Production. — Pour l'Europe, c'est surtout en Macédoine, en Yougoslavie, Grèce et Bulgarie; pour l'Asie, les principaux lieux de production sont : la Turquie, la Perse, l'Union des Républiques Soviétiques, l'Inde, la Chine et la Corée.

L'opium a une teneur variable en morphine. L'opium persan en contient en moyenne 8 %, l'opium ture a une teneur supérieure, 10 et jusqu'à 12 %.

Pour la vente, l'opium est présenté en pains d'un kilogramme et plus; le prix d'un de ces pains varie entre 20 et 50 shillings, ce prix variant essentiellement avec la teneur en morphine. Le trafic de l'opium yougoslave est surtout important à Belgrade et Skoplië; pour l'opium grec, à Salonique et à Hambourg. Pour l'opium ture, les marchés importants sont Istamboul et Smyrne, puis Hambourg, Amsterdam, Londres et Bruxelles. En Perse, la

vente de l'opium est un monopole de l'Etat. Les lieux de trafics importants sont Téhéran et Londres. L'opium russe est vendu à Moscou et à Berlin.

Propriétés et teneur en alcaloïdes. — L'opium brut est brun et mou à l'intérieur; il contient environ 15 % d'eau et d'autres substances (albumines, matières colorantes, résines, sucres et sels), un acide dit méconique, et des alcaloïdes nombreux au nombre de vingt environ. Les principaux étant la morphine, la codéine, la thébaïne, la papavérine et la narcotine. La teneur en morphine varie de 4 à 12 %; celle en narcotine variant de 5 à 7 %.

Usages. — On emploie surtout l'opium pour la fabrication de la morphine, l'extrait d'opium et la teinture d'opium. Une grosse partie de l'opium est mâchée, une autre partie sert à la fabrication de l'opium à fumer.

Opium médicinal. — L'opium médicinal se présente sous forme de poudre, de granulés ou de mélanges avec des matières neutres. D'après la Convention de Bruxelles, le « Pulvis opii » est un opium brut sous forme de poudre demi-fine, préparée par dessiccation de l'opium brut, à une température ne dépassant pas 60 degrés et réduite à une teneur de 10 % par addition de riz, farine ou lactose. Cet opium constitue un des éléments de la poudre Dower.

Préparation de l'opium. — La teinture d'opium possède une teneur variable suivant la concentration en morphine de l'opium brut, cette teneur est ramenée à 1 % pour le laudanum de Sydenham.

L'extrait d'opium contient 20 % de morphine.

Opium préparé. — Par opium préparé on entend le produit de l'opium brut obtenu par une série d'opérations spéciales (dissolution, ébullition, fermentation, grillage), en vue de le transformer en extrait propre à la consommation. L'opium préparé comprend les résidus de l'opium dont le *dross*.

Opium à fumer. — L'opium à fumer est un liquide visqueux de couleur brunâtre. Le *dross* est le résidu de l'opium fumé, il se compose de cendres et d'opium non brûlé, il peut être fumé ou mangé en subissant de nouvelles préparations, souvent absorbé avec du thé, du café ou d'autres liquides. Le *dross* serait plus nuisible que l'opium pour l'organisme. La teneur en morphine de l'opium préparé est très variable, de 4 à 12 %. A Formose, cette teneur est limitée à 6 % pour l'opium à fumer.

Morphine

La morphine est le principal alcaloïde de l'opium $C^{17}H^{19}NO^3$.

Procédé de fabrication type. — On obtient ordinairement la morphine par infusion et évaporation de l'opium de la partie filtrée. On obtient ainsi un extrait clair dont la morphine est libérée par adjonction d'un alcali.

Sels de morphine. — Les principaux sels employés sont : le chlorhydrate, dont la teneur est de 76 % en morphine; le sulfate, dont la teneur est 75 %; le tartrate et l'acétate sont moins employés.

Dérivés de la morphine. — Deux groupes hydroxiliques OH, dont l'un est phénolique, l'autre alcoolique, sont contenus dans la morphine; l'action nocive de la morphine vient du groupe phénolique libre combiné à des radicaux acides donnant des *esters* et avec les radicaux alcools donnant lieu à la formation d'éthers. Les esters sont facilement décomposés; les éthers, au contraire, sont stables. Parmi les esters se rangent la diacétylmorphine (héroïne) et la benzoylemorphine (ecgonine); parmi les éthers se rangent la méthylemorphine (codéine) et l'éthylemorphine (dionine).

L'*apomorphine* est produite à partir de la morphine; mais le noyau morphinique a subi de telles modifications que ce corps ne peut être considéré comme un véritable dérivé de la morphine.

La *diacétylmorphine*, $C^{21}H^{23}NO^5$, encore appelée diamorphine ou héroïne. Le sel le plus employé est le chlorhydrate de diacétylmorphine qui en contient 90 %. Ce sel se présente sous forme d'une poudre blanche cristalline.

Le mot héroïne est la propriété de la i.g. farbenindustrie (Frankfurt-sur-Mein), le nom d'héroïne étant donné d'une façon générale, improprement d'ailleurs, à toutes les formes de diacétylmorphine.

La diacétylmorphine a une action spéciale sur la respiration, sa toxicité est supérieure à celle de la morphine, elle serait facilement remplaçable par la codéine. La dose thérapeutique est de 2 à 8 milligrammes.

La benzoylemorphine n'est pour ainsi dire pas utilisée en médecine.

Un grand nombre d'autres substances sont produites dans le but de trouver des corps aussi actifs que la morphine et ses sels, mais n'engendrant pas la toxicomanie; malheureusement, la plupart sont tout aussi nuisibles tels :

le dilaudide (chlorhydrate de dihydromorphine [KNOLL]);

le dicodide (dihydrocodeïne [KNOLL]);

l'eucodal (dihydroxycodéïne [MERCK]);

l'acédicone (chlorhydrate d'acétyldihydrodemethyléthébaïne [Ch. Bœhringer]).

GROUPE DE LA COCA

Par feuilles de coca on entend la feuille de l'érythroxyton coca, l'érythroxyton novo granatense hieronymus et de leurs variétés de la famille des érythroxilacées, en outre la feuille d'autres espèces de ce genre dont la cocaïne pourrait être extraite directement ou être obtenue par transformation chimique. (Définition de la Convention de Genève.)

On trouve l'érythroxylon coca particulièrement en Amérique du Sud (en Bolivie), tandis que la forme novo granatense vient de Java et de Formose, les plantes se présentent sous forme d'arbustes trapus d'un mètre cinquante de haut. Chaque arbuste donne environ 100 grammes de feuilles et la récolte peut se faire trois à quatre fois par an; la teneur en cocaïne des jeunes feuilles est supérieure à celle des vieilles.

Le marché principal des feuilles boliviennes est La Paz; pour les feuilles du Pérou, Trujillo.

Teneur en alcaloïdes. — Les feuilles d'Amérique contiennent environ 0,25 % d'alcaloïdes; les feuilles de Java, plus riches, 1,5 %; mais la cocaïne vraie se trouve surtout dans la feuille d'Amérique.

Préparation. Extrait. Teinture. — Il existe un extrait fluide peu employé. La teinture contient 0,2 % de cocaïne.

Cocaïne brute. — On entend par cocaïne brute tous les produits extraits de la feuille de coca pouvant servir à la préparation de la cocaïne directement ou indirectement. (Convention de Genève.) On obtient la cocaïne brute en traitant les feuilles fraîches par la soude et le pétrole. La couche de pétrole qui contient les alcaloïdes libres est mélangée avec des acides dilués; on obtient ainsi une solution aqueuse de sels d'alcaloïdes. Ces alcaloïdes sont précipités avec de la soude, puis isolés. La cocaïne brute contient environ 85 % de cocaïne.

Ecgonine. — Par ecgonine on entend l'ecgonine, l'évogyre =— 45°6 en solution aqueuse à 5 % ayant la formule $C^9H^{15}NO^3H^2O$ et tous les dérivés qui pourraient servir à sa régénération.

Cocaïne. — C'est l'éther méthylique de la benzoïlecgonine, l'évogyre = — 16°4 en solution chloroformique à 20 % ayant la formule $C^{17}H^{21}NO^4$.

Fabrication. — On l'obtient soit de la cocaïne brute, par purification et conversion en chlorhydrate, soit à partir de la feuille de Java, par un procédé complexe ne donnant environ que 1 % de cocaïne.

Sels. — On emploie surtout le chlorhydrate dont la teneur en cocaïne est de 90 %. Un grand nombre de substances, entre autres l'eucaïne, la psicaïne, n'ont pas les effets toxiques de la cocaïne.

CHANVRE INDIEN

Par chanvre indien on entend la sommité desséchée, fleurie ou fructifère des pieds femelles du *Cannabis indica sativa*, de laquelle la résine n'a pas été extraite, sous quelque dénomination qu'elle soit présentée dans le commerce (Convention de Genève).

Le chanvre d'Asie est une variété dont le *Cannabis sativa* femelle est particulièrement riche en résine. Les feuilles, les sommités des tiges et les bractées des fleurs femelles sont riches en résine qui, se vidant, collent entre elles les fleurs femelles. Le danger de la drogue est dû à cette résine. L'herbe destinée à la thérapeutique doit provenir, d'après la Convention de Bruxelles, de l'Inde. En Birmanie, on obtient une plante analogue par culture, et il existe également une plante sauvage. Les produits sont emmagasinés après récolte et vendus à des vendeurs pourvus d'une licence. L'Inde n'est pas le seul pays producteur; dans certaines contrées d'Afghanistan et dans l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques, la culture est possible. Il est impossible actuellement d'évaluer la production totale du chanvre indien.

Espèces. — Trois différentes espèces :

1° Les sommités de Bombay qui sont des extrémités supérieures des pieds femelles coupés;

2° Le sabsi (indien), le haschisch (arabe), le kanab (persan), qui sont des feuilles hachées et pétries;

3° Le ganja ou gunjah (indien), le ginga (arabe) représentant

l'espèce officielle de la pharmacopée britannique, qui sont les extrémités des plantes femelles dépouillées de leurs grandes feuilles.

Préparations. — L'extrait, de consistance épaisse, de couleur vert foncé, n'est presque jamais employé pour l'usage interne. La teinture est faite d'une partie de chanvre pour dix parties d'alcool à 90 degrés. Tous deux sont très peu employés et bien souvent inefficaces.

Résine de chanvre indien. — Ce qu'on appelle ghiras, churus, chus, momeka est représenté par la résine jaune-verdâtre sécrétée sur les tiges et recueillie et pétrie en boulettes. Le charas est importé dans l'Inde. Les importations sont étroitement surveillées, les quantités importées sont généralement distribuées à Leh, un entrepôt existe également à Chitral. On obtient encore la résine en frottant les plantes avec un linge mouillé, le produit ainsi obtenu est ensuite desséché et mis en galettes auxquelles on ajoute d'autres ingrédients.

Les préparations sont très variées, le bengh est un liquide exprimé des feuilles mûres mélangées à de l'eau ou à du lait; les pastilles avec un mélange de tragacathe portent le nom de esrar (le secret), le ganja est un mélange avec du tabac. On prépare de nombreuses friandises, des bonbons (managoum et garawichi). La teneur de toutes ces préparations est extrêmement variable. Les noms employés officiellement à Genève sont : haschisch (Egypte et Arabie), esrar (Turquie), chira (Tunisie), Djamba (Brésil).

On n'a jamais isolé du chanvre indien aucun alcaloïde.

DE L'ACTION NOCIVE DES STUPÉFIANTS

Opium et morphine. — L'opium est absorbé ou fumé; les opio-phages, rares en Europe, se rencontrent surtout en Turquie et en Asie occidentale. L'opiophage absorbe souvent l'opium associé à d'autres ingrédients (haschisch, datura, jusquiame); on peut, cependant, considérer comme des opiophages les individus qui absorbent du laudanum ou d'autres préparations opiacées peu concentrées. L'habitude de fumer l'opium est très répandue dans les Indes et en Chine. En 1914, on comptait en France, à Paris seulement, environ 1.200 fumeries clandestines. Actuellement, c'est surtout dans les milieux spéciaux qu'on trouve des fumeurs d'opium, milieux coloniaux, milieux maritimes. Les fumeurs d'opium fument de 10 à 100 pipes par jour, chaque pipe contient environ un demi-gramme d'opium préparé. Les effets constatés chez les fumeurs d'opium sont d'abord un affaiblissement physique et intense avec des lésions de l'appareil digestif, constipation chronique, débilité, et, chez les très gros fumeurs, impuissance et émaciation intense; tardivement apparaît le tremblement; il semble que les conditions sociales interviennent dans la rapidité de la déchéance. En effet, le fumeur riche apte à bien manger peut résister longtemps, tandis que le pauvre, voyant la plus grande partie de son gain disparaître pour satisfaire sa passion, est plus rapidement touché par ces signes de dégénérescence. Au point de vue moral, on constate chez le fumeur une diminution d'activité, une paresse de la volonté, une indifférence à tout ce qui l'entoure (famille, affaires); enfin, des délits peuvent être commis pour se procurer la drogue. Cependant, on ne note jamais l'excitation, sauf dans les cas de privation; le fumeur est plutôt passif et très diminué; la confiance qu'on peut lui accorder est réduite, son sens moral étant diminué.

On a soutenu que l'opium était un tonique cérébral et physique à petites doses, qu'il soit absorbé ou fumé; on a même été jusqu'à prétendre que certaines populations indigènes ne pouvaient s'en passer pour l'accomplissement de leur travail; tout ceci reste à prouver. Même si cela est vrai en partie, ce soutien

n'agit que passagèrement et l'abus ou la consommation régulière amène toujours l'individu à une déchéance relative. On ne peut, toutefois, nier que les Chinois sont plus résistants que les autres races.

Effets nocifs de la morphine. — Les effets produits par la morphine, qu'il s'agisse de morphinisme, c'est-à-dire de cas où l'individu continue à se piquer par habitude ou pour éviter une douleur, ou bien qu'il s'agisse de morphinomanie, un facteur psychique pur entrant en ligne de compte dans ce dernier cas, sont tout d'abord une impression de bien-être, de calme. Les morphinomanes vrais sont extrêmement affectés par la suppression du toxique. Aux symptômes psychiques s'ajoutent, la plupart du temps, des perversions instinctives (mythomanie, homosexualité), qui situent bien la morphinomanie dans le cadre de la psychiatrie. La dose employée est extrêmement variable : 0 gr. 50 à 1 gr., ou peut s'élever chez certains malades jusqu'à 10 grammes et plus par jour. De toutes manières, et quelle que soit la méthode d'absorption, l'opium procure toujours l'euphorie et la passivité. « Le fumeur prétend voir défiler ses pensées traduites dans leur forme concrète; il n'y a ni hallucination ni erreure, le fumeur sent qu'il voit avec son imagination » (DUPRÉ).

En résumé, excitation intellectuelle, calme physique, association des idées faciles, hypermnésie.

Le danger plus précis apparaît quand le morphinomane est amené à prendre de grosses doses et que ces doses ne sont plus assimilables par les cellules.

Héroïne. — Le succès de l'héroïne chez les toxicomanes est dû à ce qu'elle est la seule forme de drogue opiacée qui puisse être prise. Les effets de l'héroïne sont analogues à ceux de la morphine, mais avec cette différence qu'on note souvent chez les héroïnomanes de l'excitation; de nombreux criminels seraient priseurs d'héroïne. Si pour la morphine une question grave se pose au point de vue thérapeutique, pour la diacétylmorphine il n'en est pas de même : en effet, ce corps est très peu utilisé en médecine; seuls certains cas particuliers, rares, nécessitent son emploi; aussi on se demande si, à l'exemple des Etats-Unis, il ne serait pas salulaire d'en interdire complètement la fabrication; la balance pesant très lourdement en faveur du mal accompli.

Effets nocifs de la cocaïne et de ses sels. — La cocaïne se fixe de préférence sur l'écorce cérébrale; c'est donc un poison central agissant sur « l'intelligence, la perception sensorielle, et le mouvement volontaire » (D^r LOGRE).

Le malade, qui est sous l'effet de la cocaïne, se présentera comme un agité, un excité moteur; en outre, des troubles du caractère se font jour, le malade est nerveux, coléreux, très facilement excitable, s'emportant pour un rien; il est fréquent de le voir se livrer à des violences disproportionnées avec la cause qui les produit. Au contraire du morphinomane, nous nous trouvons en présence d'une hyperactivité. Un seul fait d'analogie, les deux sortes d'intoxiqués sont capables d'accomplir des délits par diminution intense du sens moral. Seul le cocaïnomane est pré-disposé aux violences graves, voire au crime; cette excitation pouvant également se produire chez le morphinomane et l'héroïnomanne, mais dans des conditions bien différentes dues à la suppression de la drogue ou à sa diminution rapide. La cocaïne agit comme aphrodisiaque, chez la femme en particulier; lorsque cette excitation se produit chez l'homme, elle peut l'amener à se livrer à des délits sexuels, tels que perversion génitale, sadisme, masochisme.

On a souvent comparé l'ivresse cocaïnique à l'ivresse alcoolique avec phases d'excitation et de dépression; cependant, l'ivresse cocaïnique est plus précise, moins confuse, elle n'en est donc que plus dangereuse. Dans les cas d'intoxication aiguë, peuvent apparaître une paralysie respiratoire et une paralysie vasculaire.

Le cocaïnomanne absorbe généralement sa drogue à intervalles réguliers. La suppression brusque de cocaïne se manifeste généralement par des symptômes aigus de détresse, détresse surtout physique. La cocaïne en solution ne produit pas par voie hypodermique les effets précités, car la résorption est extrêmement rapide et le stade d'euphorie très rarement atteint.

Au point de vue psychiatrique on peut classer les cocaïnomanes en deux grandes catégories : les solitaires et les collectifs. Le type de solitaire est, en général, un contemplatif relativement peu dangereux; au contraire, c'est parmi les collectifs qu'on trouve les excités et les sexuels.

Effets nocifs du haschisch. — Le haschisch, moins bien connu, ne produit pas, mais c'est surtout l'intensification des pensées et des rêveries déjà conçues qui l'influence, il agit comme un stimulant de la pensée, ses effets sont également suivis de dépression.

COMBINAISONS DE STUPEFIANTS

Il semble qu'à doses égales l'héroïne soit plus toxique que la morphine. La dose toxique de l'héroïne est très voisine de sa dose active, l'héroïne étant un dérivé de la morphine, il semble

que cette action modifiée soit un exemple de transformation moléculaire. Nous avons vu que l'héroïne a une action élective sur les bronches et la respiration; avec ce corps il semble que seule la suppression brutale soit la méthode de choix.

L'emploi des stupéfiants simples n'est pas seulement employé par les toxicomanes; on constate, en effet, chez ceux-ci, l'usage de nombreuses combinaisons qui ont pour but d'associer les effets complexes des combinaisons de corps; la combinaison la plus employée étant morphine-cocaïne dont, en 1914, on a constaté la fréquence de l'emploi chez des blessés auxquels la morphine ne donnait plus qu'une satisfaction diminuée. D'autres combinaisons sont également employées, la plus fréquente étant morphine-héroïne.

Il faut noter chez un grand nombre de toxicomanes une association alcool-toxique très répandue, ceci en particulier chez les morphinomanes, qui trouvent ainsi dans l'alcool un tonique de soutien contre la dépression de la morphine.

DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE DÉSINTOXICATION

Les cures de désintoxication sont pour la plupart basées sur les mêmes principes. Il s'agit de faire disparaître l'habitude en s'aidant d'un procédé qui aide le malade à subir allègrement les effets désagréables de la suppression. La plupart du temps on emploie au début une méthode pharmacologique basée sur l'emploi des soporifiques destinés à voiler en partie la suppression de l'alcaloïde ou de son sel. Ces traitements sont nombreux. Mais la véritable difficulté ne réside pas dans la cure du début, mais dans le maintien de cet état de désaccoutumance chez le malade. Nous verrons plus loin quelle importance il faut attacher à la personnalité du malade et à la cure psychique qu'on se doit de lui faire subir.

LES CURES PHARMACOLOGIQUES

La cure pharmacologique est la méthode la plus ancienne employée pour la désintoxication. Trois procédés se trouvent en présence :

1° La méthode lente et graduée, avec réduction de la dose progressive étagée sur plusieurs semaines. Cette cure a l'avantage d'éviter au malade les douleurs articulaires et les angoisses si fréquentes dans les cas de désintoxication. Cette méthode demande environ un mois ou plus, elle a l'inconvénient de maintenir le malade sous l'effet du corps qu'on doit lui supprimer;

2° La méthode rapide semblable à la précédente, mais dans laquelle la diminution des quantités de toxique données au malade se fait plus rapidement. On commence généralement par donner la moitié de la quantité que le malade prenait, on voit immédiatement que cette méthode présente les mêmes inconvénients que la précédente.

Il est, en effet, difficile d'avoir des précisions sur cette dose, le malade ayant toujours tendance à l'exagérer, et d'autre part il est très difficile de la fixer expérimentalement;

3° La méthode soudaine consiste dans la privation brutale dès le début de la cure, la suppression brusque du toxique étant atténuée en donnant au malade des soporifiques. Cette méthode est en général très difficilement acceptée par le malade; souvent la suppression rapide donne des symptômes aigus que même les soporifiques donnés en grande quantité ne parviennent pas à atténuer.

Cependant, on se demande quelle valeur il faut attribuer à ces symptômes, le malade se montrant souvent sous l'aspect d'un simulateur, seulement par crainte d'éprouver ces symptômes dont il a entendu parler. On a souvent considéré cette méthode comme dangereuse, et d'aucuns prétendent qu'elle peut mettre le malade en état de déséquilibre grave. Cependant LANGE LÜDDKE a pratiqué cette méthode chez des bacillaires sans avoir de réactions violentes. La plupart des malades ainsi traités présentent surtout de l'insomnie. Cette méthode ne peut guère s'appliquer qu'à des malades volontaires et désireux de guérir, elle demande, en outre, un isolement parfait et une autorité considérable de la part du médecin traitant.

Les traitements auxiliaires destinés à aider le malade pendant la désintoxication sont, nous l'avons vu, surtout basés sur l'emploi de soporifiques. On a quelquefois tenté de donner pendant cette période des toniques comme l'alcool qui a parfois donné de bons résultats.

Le traitement physique et les médicaments soporifiques les plus employés parmi les médicaments de la période de désintoxication sont : la scopolamine (FRIEDLANDER, PRENTICE), à la dose de 3 milligrammes, pendant les trente-six premières heures; le véronal (ORNUNG), qui l'emploie à la dose de 2 gr., quatre fois en quarante-huit heures avec réduction immédiate de la quantité de toxique à un tiers de la dose prise par le malade); le luminal (R.-V. HOSSLIN), employé à la dose de 10 centigrammes par vingt-quatre heures, en cas d'excitation violente. HOSSLIN donne, en outre, une injection de scopolamine. L'allonal, la cibalgine, la dormalgine et autres barbituriques sont également employés; le somnifène, très employé également, donne quelquefois des troubles respiratoires. Il faut éviter systématiquement tous les médicaments dits de substitution, puisque dans ces conditions on ne fait qu'employer une méthode de désintoxication lente. Sont encore employés : l'hydrate de chloral, le pernoctone, qui est un dérivé des barbituriques. Ce médicament a l'avantage d'avoir des effets durables, il procure un sommeil prolongé, de soixante-dix heures environ.

Les antipyrétiques (WUTH) ont donné parfois de bons résul-

tats. L'antipyrine, la phénacétine, le pyramidon sont les plus employés.

Plusieurs médecins associent à ces thérapeutiques des bains tièdes prolongés qui ont un effet calmant remarquable.

LES METHODES DE CHOC

On a employé les protéines qui donnent bien souvent une recrudescence d'excitation; les injections de lait et de blanc d'œuf ont été également pratiquées. La thérapie par le sérum est pratiquée depuis longtemps; l'autohémothérapie, l'autosérothérapie ont donné de bons résultats; une méthode basée sur l'autosérothérapie a été employée avec succès par le professeur MODINOS, d'Alexandrie. Nous donnons plus loin la méthode avec des résultats qui ont été communiqués par le docteur MODINOS.

Le procédé de l'insuline. — Le procédé à l'*insuline* (ANTON) est encore à l'état d'expérience. L'insuline une fois injectée, il semble que l'action de la morphine soit moins grande. L'expérience a été tentée sur des lapins qui se sont montrés plus résistants à la morphine après injection d'insuline. Elle diminue l'excitabilité, les troubles gastriques et l'insomnie. BRAUN, de Zurich, injecte 100 unités d'insuline par jour, et il constate qu'ainsi la période de dépression est beaucoup moins accentuée; ONGKIENONG emploie cette méthode pour le traitement de l'habitude de fumer l'opium et observe chez ses malades ainsi traités une conservation de l'appétit.

ANTON et JACOB emploient la *dextrose* et l'association de dextrose et d'insuline; ils donnent 10 unités d'insuline associées à 50 grammes de dextrose trois fois par jour, la dextrose étant donnée par voie buccale ou injectée par voie intraveineuse.

Le procédé de l'*euphylline* a l'inconvénient d'être extrêmement douloureux. On pratique deux injections par jour. L'*adrénaline* a été employée en Espagne; le *sympathol*, analogue à l'adrénaline, s'administre par voie buccale.

La *codéine* a été également employée, mais il semble qu'on doive l'écartier; car, bien que n'engendrant pas la toxicomanie, elle peut donner au malade l'idée qu'il est traité par un corps analogue au stupéfiant, ce qui pourrait l'amener à subir difficilement la suppression.

Nous allons étudier à présent deux procédés intéressants puisque pratiqués par des spécialistes de la question. L'un d'eux nous semble particulièrement digne d'intérêt; c'est le procédé du docteur MODINOS, d'Alexandrie.

TRAITEMENT DES MORPHINOMANES AU JAPON

(docteur Suwo)

Nous avons vu qu'au Japon il y a peu de toxicomanie. Cependant de nombreuses recherches ont été faites, et entre autres le docteur Suwo, par de longues expériences, a mis en œuvre un traitement dont nous donnons les grandes lignes.

Pour lui, il importe surtout « d'éviter les accidents supressifs provoqués par l'excitation résultant de la disparition brusque de la morphine ». Il emploie à cet effet un « Antimohl » ayant une action paralysante sur les centres nerveux, action analogue à celle de la morphine et agissant également sur le système sympathique.

Nature et action des préparations. — *L'Antimohl 1* est une solution dans laquelle sont mélangés, dans les proportions de 1 à 2, l'extrait d'hyosciamine et celui de scopolamine. Au mélange est ajoutée une solution contenant 0 gr., 0355 % de tous les alcaloïdes de l'opium. Cette solution contient en dissolution en outre, 0,001 % de chlorhydrate de scopolamine et 5 grammes de phosphate de codéine. La préparation a une saveur légèrement amère, elle est injectée par voie sous-cutanée; l'action est élective, nous l'avons dit, pour le grand sympathique et les centres nerveux; elle produit une tachicardie légère; la fréquence de la respiration ne varie pas, son action diminuerait la leucocytose; elle ralentit légèrement les fonctions gastriques et intestinales et provoque une légère photophobie; elle diminue, en outre, les sécrétions glandulaires.

L'antimohl 2 contient 0 gr., 015 de liqueur de Fowler, 1 gramme de chlorure et 0 gr., 3 d'iodure de calcium dissous dans 100 grammes de solution de Ringer. Cette solution est incolore, on l'injecte par voie intra-veineuse, elle ne produit qu'une légère sensation de chaleur généralisée.

Les contre-indications sont rares : affection cardiaque dans le cas de tuberculose, chez les vieillards, chez les femmes enceintes, chez les ulcéreux gastriques; on pourra se poser la question de la possibilité du traitement d'après l'état du malade.

Pour déterminer la dose de morphine à administrer au malade, le docteur Suwo fait une diminution progressive jusqu'à apparition de troubles; chez les toxicomanes légers la quantité de début est voisine de 10 centigrammes. Nous donnons ci-dessous un tableau établissant la marche employée dans le cas

d'une toxicomanie légère. Des statistiques dont nous ne donnons pas le détail ont été communiquées; d'après les résultats de ces statistiques on obtiendrait les meilleurs chiffres par cette méthode que par les méthodes de désintoxication soudaine ou lente, l'explication de ce résultat pouvant se trouver dans le fait que le malade ainsi traité ne ressent aucun symptôme désagréable, étant sous l'effet des divers corps constituant les anti-mohls; cette thérapeutique est, en fait, une modification de la thérapeutique par les hypnotiques barbituriques, etc...

Jours	Doses de morphine	Ant. 1	Ant. 2
—	—	—	—
	grammes	grammes	grammes
1	0,1	—	40
2	0,05	0,5	40
3	0,025	0,5	40
4	0,01	0,5	40
5	—	1,5	20
6	—	0,5	20

TRAITEMENT DES TOXICOMANES PAR LA METHODE DU PROFESSEUR MODINOS (Egypte)

Le docteur MODINOS, médecin chef à l'hôpital européen à Alexandrie, a présenté douze cas dont nous reproduisons ici quelques exemples traités par son procédé.

Premier cas. — Mohamed, Payed, 24 ans, menuisier, le 2 mai 1929, pour rhumatismes articulaires subaigus.

Il avoue être toxicomane (cocaïne). Un vésicatoire de 8 centimètres cubes lui est appliqué le 3 mai; le lendemain, 10 grammes de sérosité sont retirés de la phlyctène, qui sont immédiatement injectés sous la peau; on donne 2 grammes de chloral pour calmer l'insomnie. Le malade cesse d'avoir envie de cocaïne.

Une deuxième injection est faite deux jours après, une troisième le 10 mai; l'homme sort considéré comme guéri. Il n'a pas été suivi.

Deuxième cas. — Omar Awad, entre à l'hôpital le 10 septembre pour lumbago. En réalité, pour se guérir de sa toxicomanie. Il se pique avec 40 centigrammes de morphine par jour.

Le traitement est appliqué après la première injection; il se

contente de trois fois 2 centigrammes par jour; après la seconde injection, le malade n'éprouve plus le besoin de prendre de la morphine. Il sort le 22 septembre, considéré comme guéri.

Troisième cas. — Mohamed Ali, 36 ans, entre le 2 août, pour sciatique; il est priseur de 1 gramme d'héroïne par jour.

Le traitement est appliqué le soir même; le lendemain 12 grammes de sérosité sont injectés sous la peau. Un demi-gramme d'héroïne est donné pendant deux jours; la deuxième injection est faite trois jours plus tard; à la troisième injection, refus par le malade de l'héroïne. Il reste trente jours à l'hôpital en surveillance. Il sort le 19 septembre, considéré comme guéri, ayant augmenté de 5 kilogrammes. Revu en novembre, il ne prise plus.

Quatrième cas. — Ibrahim, preneur de haschich et priseur d'héroïne, venait de prendre, à ses dires, 1 gramme de cocaïne. Rentre à l'hôpital le 20 septembre 1929.

Le malade est agité, a les pupilles en mydriase; 3 grammes de chloral sont administrés; le jour même une injection de sérum de vésicatoire est faite; le second jour le calme apparaît, l'appétit renaît; le 23 septembre, une injection de 10 centimètres cubes est faite; même dose le 26. Le malade reprend à vue d'œil, refuse la cocaïne offerte. Il quitte l'hôpital le 3 octobre.

Cinquième cas. — X..., 18 ans, priseur d'héroïne depuis un an, entre spécialement pour être traité. Il a déjà essayé plusieurs traitements en vain. La première injection est faite, il supporte assez allégrement une légère diminution de dose et ne constate pas l'apparition de coliques et de sensation de froid qu'il avait éprouvées lors des précédentes tentatives de désintoxication.

Il nous semble inutile de citer une suite de cas identiques. Le procédé employé est très simple : c'est au fond une autosé-
rothérapie. Voici la méthode telle qu'elle est employée sur place.

Après examen préalable des urines, l'application d'un vésicatoire de 8 centimètres cubes environ sur une région quelconque du corps (cuisse, fesse).

Douze ou quatorze heures après on constate l'apparition d'une phlyctène qui contient selon les individus de 5 à 10 centimètres cubes de sérum. Le vésicatoire employé est un vésicatoire à la cantharide. Le liquide retiré par ponction est immédiatement réinjecté sous la peau. Aucune réaction locale n'est constatée si les précautions d'asepsie sont bien prises. La dose de drogue est réduite à un quart dans les premières vingt-quatre heures; un sixième le second jour, un huitième le troisième jour.

Le liquide de phlyctène présente souvent un aspect louchâtre, le nombre de leucocytes, qui est d'environ 10.000 par centimètre cube dans le sérum sanguin, est dans le liquide de phlyctène de 30 à 60.000 selon les cas. Comme contre-indication, seuls, les cardiaques sont à ménager; les rénaux courent peut-être un risque, du fait de l'application du vésicatoire à la cantharide?

Il semble que cette méthode soit d'une clarté et d'une simplicité très grandes; à notre avis, elle semble trop belle. Des cures de désintoxication basées sur elle ont été employées par des médecins de la clinique de Jun-Seng-Je, à Batavia; une quantité de morphine correspondant à peu près à la quantité d'opium fumée par ces malades leur est injectée; la quantité de morphine injectée doit être suffisante pour que les malades n'éprouvent aucune sensation désagréable. Cette quantité doit être suffisante pour que le malade craignant la souffrance n'ait pas tendance à s'enfuir. Moins le sujet souffre et plus il y a de chance pour qu'il accepte le traitement et qu'il fasse une propagande favorable à la désintoxication.

Voici comment procèdent les médecins de la clinique de Batavia. Après examen physique du sujet, administration d'un laxatif; vers 7 ou 8 heures on donne 10 milligrammes de morphine et pendant la nuit 5 milligrammes encore ou plus (selon l'importance des réactions et des crampes accusées par le sujet); le lendemain on donne encore 10 milligrammes de morphine; le premier soir, le vésicatoire est appliqué et le sérum est injecté dix heures après. Si la quantité de liquide est suffisante, la dose de morphine est rapidement diminuée, dès le soir même. On ne pratique l'injection de morphine que si le sujet le demande. Généralement les sujets cessent de réclamer de la morphine dès la seconde injection d'autosérum.

Une observation a été présentée par ces médecins.

Laij-a-Fu, âgé de 46 ans, s'est présenté pour une cure de désintoxication. Au cours des années précédentes, il fumait dix pipes par jour.

Le 4 juin 1931, il est admis, ayant fumé cinq matas. Le soir on lui injecte 10 milligrammes de morphine et on applique un vésicatoire. La nuit est calme, le lendemain, il réclame une pipe.

Le 8 juin, à 8 heures, on lui donne 4 milligrammes de morphine; à 14 heures, injection de 10 centimètres cubes de sérum de phlyctène. Après le sérum, 2 milligrammes de morphine.

A 20 heures, à nouveau 2 milligrammes de morphine.

Le cinquième jour, 1 milligramme, et nouvelle injection de sérum.

De ce jour, la morphine est supprimée, le neuvième jour une troisième injection de sérum est faite.

Le sujet quitte la clinique, et quelques jours plus tard, ayant fumé un mata, il a présenté des vertiges, une céphalée intense et des vomissements.

Combien de temps règne cet état de défense? De nouvelles expériences doivent être tentées; mais, même si cet état n'est que passager, on se trouve dans d'excellentes conditions pour la rééducation du malade, qui est le point délicat de son traitement de désintoxication pour l'amener à une réhabilitation complète.

Ce qu'il faut penser des traitements des toxicomanies

Les traitements actuellement pratiqués sont basés sur la méthode soudaine ou progressive. La pratique de la méthode progressive donne bien souvent des déboires. En effet, le toxicomane plein de bonne volonté au début de sa cure commence à se montrer beaucoup plus réticent dès qu'on lui supprime « la dose de luxe ». Il commence souvent, à cette époque, à manifester des troubles divers; à ce moment, bien souvent tous les moyens lui sont bons pour essayer de se procurer de la drogue, il suffit d'une fuite dans le personnel, pour que toute la cure entreprise soit réduite à néant.

C'est souvent la crainte de la souffrance qui empêche le malade de venir se livrer à un traitement de désintoxication. Parfois même, les hypnotiques sont impuissants. Le principe de beaucoup de cures repose sur ce que le docteur NEUBERGER a appelé le mensonge thérapeutique. On cache au malade la dose injectée en lui persuadant, même s'il se plaint qu'il ressent des troubles, qu'il fait erreur. On essaie parfois d'agir franchement, de ne pas cacher la vérité au malade; mais on s'expose bien souvent à des déboires. Il faut, dans la mesure du possible, mettre en œuvre tous les moyens pour obtenir une désintoxication sans souffrance. Le phénomène d'accoutumance est en rapport direct avec l'aptitude qu'a le malade de détruire la morphine et de la fixer dans son foie.

On a émis l'opinion qu'il pourrait se développer une manière d'anticorps (antimorphine) qui neutraliserait au fur et à mesure les quantités nouvelles injectées.

De toute manière la morphine devient un constituant nécessaire à la cellule nerveuse (vraisemblablement par sa substitution à la choline). Le morphinomane se trouve donc amené à

utiliser des quantités de plus en plus fortes de poison dont l'action va en s'émuissant. C'est ainsi qu'est créé l'état de besoin engendrant la souffrance.

Diverses théories ont été émises sur l'état de besoin. Pour les uns, il s'agirait d'une oxydation de la morphine passant à l'état de dioxydimorphine, celle-ci étant un excitant et appelant un supplément de dose; pour d'autres, cet état de besoin serait simplement de l'hyperexcitabilité due à un sommeil artificiel.

Des médecins chinois ont prétendu que les méfaits de l'opium étaient dûs uniquement aux propriétés intrinsèques de ses alcaloïdes. Des expériences ont été faites où on a séparé les substances excitantes (papavérine et narcotine) et les substances toxiques, ne laissant subsister que les composants sédatifs. Il semble que l'opium dépouillé des éléments qui engendrent l'état de besoin puisse être utilisé comme la médication d'attaque d'une cure de désintoxication?

Nous avons parlé du danger des médications dites de substitution qui, à notre avis, sont néfastes pour la bonne organisation de la cure. La méthode de sevrage brusque appliquée avec l'association d'un traitement pharmacologique par les hypnotiques reste toujours la plus employée. Des moyens sédatifs lui sont souvent adjoints, ainsi que des moyens toniques; on fait souvent usage de tonicardiaques.

Les partisans des méthodes de choc sont nombreux, il y aurait eu des résultats intéressants; les méthodes que nous avons signalées ne peuvent être jugées en raison de leur application récente.

Il est important, pour établir le traitement, de tenir compte d'un grand nombre de facteurs, tels : l'âge du malade, la durée de la toxicomanie, le sexe, l'étendue des lésions, le nombre des rechutes antérieures. Il semble que la difficulté soit beaucoup plus grande chez les polytoxicomanes, ceux-ci se livrant depuis très longtemps à l'usage des drogues et présentant des lésions physiologiques très étendues. On ne peut, cependant, abandonner ces malheureux sous le facile prétexte qu'ils sont inguérissables, et leur cas doit être envisagé comme les autres. On peut toujours aider ces malades, et n'est-ce pas là le devoir social du médecin?

Un fait important doit être établi par le médecin : s'agit-il de toxicomanie vraie chez un malade présentant, en outre, un syndrome psychique, ou bien d'une habitude simple facile à supprimer. Il est évident que le traitement sera très différent chez ces deux sortes d'individus, dont l'un est un être sain auquel on peut ne pas cacher la vérité et qu'on doit aider dans la dé-

faillance de sa volonté; au contraire, l'autre se présente comme un malade de psychiatrie avec lequel il faudra souvent ruser.

Trois phases sont importantes dans le traitement :

1° Le sevrage, et il faut bien savoir que la plupart des méthodes en usage ne tiennent à peu près compte que de cette *phase de sevrage*, tandis que la seconde phase dite de *désaccoutumance* est peut-être la période la plus critique. C'est à cette période, en effet, que se manifeste la réaction du malade et que le traitement moral, associé au traitement physique, a une importance considérable.

La personnalité du médecin joue un grand rôle à ce moment : il tient entre ses mains le sort du malade; à lui d'apprécier les directives à donner. On agira différemment avec les toxicomanes jeunes qu'avec un très vieux toxicomane réfractaire; avec un individu venant se confier de son plein gré pour être soigné qu'avec un individu réticent, mais craignant simplement pour son avenir.

La période de *réhabilitation* complète est également une période très critique pour le patient; en effet, il faut exercer sur celui-ci une surveillance, mais ceci n'est pas toujours aisé.

Il semble que l'intensité de cette surveillance soit surtout utile dans les deux ou trois premières semaines, le danger s'atténuant au fur et à mesure que passent les jours. C'est surtout en soustrayant le malade à ses fréquentations antérieures qu'on aura une heureuse action sur sa guérison.

Est-il indiqué de laisser les toxicomanes mêlés aux aliénés, comme c'est le cas bien souvent. D'ordinaire des précautions sont prises pour l'isolement des toxicomanes, mais il serait souhaitable qu'il existe des *maisons de désintoxication* ou des *sanatoria d'abstinence*.

Le toxicomane en traitement dans une maison de santé peut en sortir à peu près comme il le veut, même s'il est entré plein de bonnes dispositions. Dès qu'il sent ses forces physiques réapparaître, qu'il se sent rééquilibré il se croit de bonne fois complètement guéri, alors qu'il est en réalité à la phase critique de sa cure. Si, dans ces conditions, le médecin n'est pas autorisé à maintenir malgré lui le malade en traitement, c'est encore un échec qui se prépare. Des mesures d'internement devraient être prévues dans tous les cas de toxicomanie.

Dans divers cantons suisses, depuis 1922, une loi existe, qui permet de colloquer toxicomanes et buveurs n'ayant pas commis de délit, mais paraissant dangereux pour eux ou pour leur entou-

rage, dans un asile à la suite d'une expertise médicale et d'une décision juridique.

On pourrait prévoir, comme l'indique le docteur VERVAIKE, des sanatoria pour buveurs de trois types :

1° L'institut privé pour personnes aisées, fonctionnant sous le contrôle de l'Etat;

2° Des sanatoria pour toxicomanes indigents, dépendant des administrations de bienfaisance;

3° Des colonies médico-psychiatriques pour toxicomanes ayant commis des actions délictueuses à faire entrer dans le cadre pénitentiaire.

A côté de ces organismes, pourraient fonctionner des dispensaires servant à revoir les malades après leur sortie.

Le but de ces organismes étant d'équilibrer la conduite du traitement en réalisant la cure psychique et morale du toxicomane, en luttant contre les anomalies de son caractère, en réorganisant sa volonté défaillante, en rectifiant son sens moral souvent dévié. Tout cela est surtout affaire de patience, il faut lutter contre l'illusion des toxicomanes, l'amener à abandonner la recherche de cette euphorie factice. Il semble que nombre de toxicomanes apparemment guéris retournent à leur vice pour retrouver ces illusions.

En résumé, il faut détruire l'état mental morbide existant, le toxicomane devant être traité dans la mesure du possible, non comme un délinquant, mais comme un malade.

A la suite de cette étude sur les différentes méthodes de désintoxication, nous allons passer rapidement en revue, en donnant quelques chiffres à l'appui, la situation des principaux pays producteurs et fabricants.

LA SITUATION

DANS LES

PAYS PRODUCTEURS ET FABRICANTS

PAYS PRODUCTEURS

Les pays producteurs importants sont pour l'opium : la Chine, l'Inde, la Perse, l'U. R. S. S., la Turquie, la Yougoslavie, l'Afghanistan.

La production des trois premiers est surtout destinée à l'Extrême-Orient, la production des autres étant plutôt destinée à la fabrication des alcaloïdes de l'Europe. Pour les pays producteurs, il faut encore citer le Japon, la Bulgarie, la Corée, la Grèce et l'Indo-Chine.

Situation en Chine. — On se rend facilement compte de la difficulté pour les autorités chinoises de la mission entreprise eu égard à l'habitude extrêmement ancienne et au chiffre de la population (450 millions environ), dont l'unité sociale, militaire, politique est à peine organisée. Le délégué chinois à la Conférence du 30 mars 1931 dit : « Pour alimenter les trésors de la guerre, plusieurs généraux n'ont pas hésité à encourager la culture du pavot, source de revenus sans pareille. »

L'opiomanie a toujours été combattue en Chine, puisqu'en 1400, il existait déjà un édit impérial interdisant l'importation dans le Céleste Empire de l'opium. Au XVIII^e siècle, un édit interdit la vente de l'opium et ordonne la fermeture des fumeries. L'édit de 1906 contient déjà des prescriptions contre les produits manufacturés, des mesures étant prévues pour la suppression de son usage et de sa culture avec réduction d'un dixième, chaque année, des surfaces cultivées. Des sanctions importantes sont prévues contre les fonctionnaires civils et militaires en particulier.

En 1907, un accord anglo-chinois, qui vise à réduire les importations d'Inde en Chine est signé. Il ne faut pas oublier que ce sont les Etats-Unis qui, les premiers, ont pris en considéra-

tion le danger qui envahissait la Chine et que c'est le Président des Etats-Unis d'alors, M. Roosevelt, qui réunit la première conférence internationale de l'opium. Dans la tentative actuellement en voie d'élaboration en Chine, le principe est toujours le même : diminution de la culture de l'opium et remplacement par des cultures différentes.

La production de l'Inde. — La production de l'Inde en opium brut est également très importante. Les exportations ont été :

1926.....	556.131 kilogrammes;
1927.....	505.684 —
1928.....	458.223

L'Inde a fabriqué :

1926.....	1.977 kilogrammes de morphine;
1927.....	156 — —
1928.....	407 — —

Elle exporte pendant les mêmes périodes : 77, 126 et 88 kilogrammes de morphine.

L'Inde est actuellement fabricante de codéine; c'est en vue de cette fabrication qu'elle a presque totalement arrêté sa fabrication de morphine.

La Perse. — La Perse a fait l'objet d'une enquête approfondie. De nombreuses mesures ont été prises également pour la limitation de la culture du pavot. Toutes ces mesures sont comprises dans les lois. La loi de juillet 1928 institue un monopole d'Etat. Seule cette organisation peut vendre, posséder, préparer, exporter l'opium; un système de licence fonctionne à l'intérieur du pays, assurant des mesures destinées à réaliser la suppression de la consommation de l'opium dans un délai de dix ans, et prévoit le traitement gratuit des opiomanes. La loi pénale de 1929 prévoit des sanctions relatives à l'opium et à ses dérivés. Il faut enfin signaler l'existence d'un permis de culture et l'obligation pour le cultivateur de préciser les conditions de son exploitation. La fabrication de la morphine et autres stupéfiants est interdite; la culture du pavot s'étend sur une superficie de 30.000 hectares environ. De 1928 à 1929, la récolte a été de 600 tonnes environ.

Les opiomanes et opiophages sont nombreux en Perse. Il y est consommé une cinquantaine de tonnes d'opium à fumer par an. Les fumeurs constituent environ un dixième de la population. Les mesures prises actuellement sont l'augmentation du prix de l'opium; cette mesure, élevant le prix du double, s'est montrée efficace; une réduction annuelle d'un dixième de la consommation est essayée depuis mars 1929. Les poursuites essayées de juillet 1928 à mars 1929 sont de 9.000 environ, les saisies se sont élevées à 2 tonnes d'opium et 6 kilogrammes de morphine pour l'année.

En U.R.S.S. — Les chiffres que nous donnons ont été communiqués par le docteur ROUBAKINE, qui a dit dans un discours : « La fabrication des opiacées doit encore augmenter en rapport avec le plan quinquennal de développement industriel de l'U. R. S. S. et de satisfaire entièrement ses besoins en alcaloïdes »; les chiffres obtenus sont pour la fabrication des alcaloïdes :

1924.....	1.754 kilogrammes;
1925.....	2.997 —
1926.....	2.800 —
1927.....	3.556 —

On n'a pas de renseignements précis de la superficie plantée de pavots; la production est certainement assez considérable, puisqu'en 1928, l'Allemagne importe d'U. R. S. S. 10.600 kilogrammes d'opium brut; puis, plus tard dans le courant de l'année, 20.000 kilogrammes à nouveau. La France, en 1928, a importé d'U. R. S. S. 1.600 kilogrammes, et le Japon, 715 la même année.

Il faut savoir qu'en U. R. S. S. les professions de médecin et de pharmacien sont complètement étatisées. 90 % des médecins font partie de l'organisme d'Etat (assurances sociales, districts de campagne). Tout ce qui concerne l'hygiène est entre les mains des commissaires du peuple et chaque république fédérale possède son commissariat d'hygiène propre. Pour bien comprendre le problème des narcotiques en U. R. S. S. il faut savoir que tout le commerce extérieur est monopole d'Etat. Un article est ainsi formulé : « Aucune organisation, aucune entreprise, aucune personne privée n'ont le droit de réaliser un accord quelconque, mener des pourparlers, conclure des marchés concernant l'importation et l'exportation des marchandises autrement qu'avec une autorisa-

tion préalable du commissariat du peuple. » Il est à peu près impossible dans de telles conditions, de se livrer au trafic illicite; le docteur ROUBAKINE dit avec juste raison : « Ce que la législation a en vue, c'est l'avantage et la santé du malade. » Une série de lois extrêmement précises réglementent la circulation des stupéfiants à l'intérieur du pays. Sur le territoire de l'U. R. S. S. le trafic libre de la cocaïne, de l'opium, de la morphine, de l'héroïne, de la dionine, y compris les sels et les dérivés, est interdit. La quantité de substances circulantes est révisée chaque année.

Les renseignements sur la contrebande et le trafic illicite sont peu précis, il semble, toutefois, qu'ils sont très peu développés.

La région productrice d'opium en U. R. S. S. est la région d'Ouzbekistar, en Asie centrale. L'U. R. S. S. représente, au point de vue de l'intérêt international, un gros point noir. Si cette organisation semble se perfectionner en elle-même, l'absence de chiffres sérieux, l'impossibilité de la vérification et sa séparation du Comité central permanent sont un écueil, et il faut souhaiter voir cette nation s'unir prochainement à l'effort commun.

La Turquie. — La superficie cultivée en Turquie serait passée de 33.000 hectares en 1927 à 53.000 en 1928. Ces chiffres sont donnés par la Yougoslavie, les données officielles faisant totalement défaut. En 1924, la production locale s'élevait à 500.000 kilogrammes d'opium brut.

La Yougoslavie. — La Yougoslavie a produit, en 1926, 100 tonnes d'opium brut; en 1927, 55 tonnes; en 1928, 205 tonnes; en 1929, 35 tonnes; en 1930, 150 tonnes.

Les exportations en opium se sont élevées :

1926.,.....	87.359 kilogrammes;
1927.....	82.378 —
1928.....	146.582 —
1929.....	78.729 —

Le Japon. — Le Japon est un petit producteur, il a importé :

1926.....	76.258 kilogrammes d'opium brut;
1927.....	60.285 — —
1928.....	40.878 — —

Le Japon n'importe pas d'héroïne; il en a fabriqué 1.120 kilogrammes en 1926, et 773 en 1927. Il a importé en 1928, 43.231 kilogrammes de feuilles de coca; il a fabriqué en 1926 1.109 kilogrammes de cocaïne, et 1.142 en 1927.

La production de feuilles de coca à Formose a été :

1928.....	129.000 kilogrammes;
1929.....	164.400 —

PAYS FABRICANTS

L'Allemagne. — En Allemagne, les importations d'opium brut ont été :

1927.....	126.092 kilogrammes;
1928.....	188.751 —

Les exportations ne s'élevant qu'à 9.241 kilogrammes, en trois ans l'Allemagne a donc consommé ou transformé en alcaloïdes 498.137 kilogrammes d'opium. Pour la morphine, la fabrication a été :

1926.....	20.700 kilogrammes;
1927.....	12.800 —
1928.....	19.120 —
1929.....	24.000 —
1930.....	10.565 —

Pour l'héroïne :

1926.....	1.800 kilogrammes;
1927.....	750 —
1928.....	1.300 —

Elle a exporté, au cours de ces trois années, 1.587, 807 et 1.292 kilogrammes d'héroïne.

Pour la cocaïne et ses sels :

1926.....	2.400 kilogrammes;
1927.....	2.500 —
1928.....	2.344 —
1929.....	1.826 —
1930.....	1.153 —

Pendant ces trois années, elle a importé 863, 880 et 1.476 kilogrammes de cocaïne et en a exporté 954, 1.021 et 2.632 kilogrammes.

La France. — Les importations d'opium brut en France ont été :

1926.....	41.200 kilogrammes;
1927.....	44.100 —
1928.....	159.221 —

Les exportations totales n'ayant été que de 6.223 kilogrammes, la France a consommé ou transformé en alcaloïdes 238.298 kilogrammes d'opium brut.

Pour la morphine, les importations ont été de :

1926.....	5.385 kilogrammes;
1927.....	1.145 —
1928.....	1.684 —

Les exportations sont passées de 2.173 kilogrammes en 1926 à 1.168 en 1927 et 777 en 1928.

Pour l'héroïne, l'importation de 1.078 kilogrammes en 1928, et pendant cette même année fabrication de 3.000 kilogrammes.

La France a importé :

1926.....	93 kilogrammes de cocaïne et de sels;
1927.....	88 — — —
1928.....	270 — — —

Elle a fabriqué :

1926.....	500 kgs de sels de cocaïne et de cocaïne;		
1927.....	500	—	—
1928.....	1.100	—	—
1929.....	911	—	—
1930.....	951	—	—

elle a exporté, durant ces trois années respectivement : 396 et 506 kilogrammes.

La Grande-Bretagne. — La Grande-Bretagne a importé :

1926.....	61.825 kilogrammes d'opium brut;	
1927.....	41.850	—
1928.....	43.019	—

Les exportations totales ayant été de 26.500 kilogrammes, la quantité d'opium transformée en alcaloïdes ou consommée a donc été de : 126.955 kilogrammes.

Pour la morphine, la fabrication a été :

1926.....	5.761 kilogrammes;	
1927.....	5.239	—
1928.....	4.386	—

Pour l'héroïne, elle fabrique :

1926.....	315 kilogrammes;	
1927.....	496	—
1928.....	306	—

Elle a importé :

1926.....	523 kgs de feuilles de coca;	
1927.....	5.718	—
1928.....	7.632	—

La Grande-Bretagne n'a commencé à fabriquer de cocaïne

qu'en 1928; sa production a été, pour cette année, de 140 kilogrammes. Elle a fabriqué, en 1929, 238 kilogrammes et, en 1930, 320.

L'Italie. — L'Italie est un petit pays fabricant; ses importations se sont élevées, pour la cocaïne, à 452 kilogrammes pour les trois années. Elle exporte des quantités négligeables de morphine, cocaïne et héroïne.

La Suisse et les Pays-Bas sont également des pays fabricants.

L'ensemble de ces chiffres montre l'importante documentation qu'on a pu réunir par le truchement du Comité central.

En résumé : en 1926, 1927 et 1928, il a été produit :

1926.....	1.371.563 kilogrammes d'opium brut;	
1927.....	1.085.461	—
1928.....	1.477.582	—

Le total de ces chiffres ne tenant pas compte des productions de l'U. R. S. S. et de l'Afghanistan qu'on ignore officiellement.

Il a été importé par huit pays fabricants de stupéfiants (Allemagne, Etats-Unis, Grande-Bretagne, Italie, Japon, Pays-Bas, Suisse, France), 1.477.171 kilogrammes d'opium brut, dont la presque totalité de la quantité a servi à la fabrication d'alcaloïdes.

Nous avons encore à dire quelques mots sur la situation aux Etats-Unis :

La situation aux Etats-Unis. — Aux Etats-Unis, une loi est appliquée, qui interdit les importations de morphine, de ses sels et dérivés. L'importation d'héroïne est également prohibée. La loi de juin 1924 interdit l'importation d'opium destiné à la fabrication d'héroïne. Les importations de cocaïne sont également interdites.

Le « Federal Narcotic Central Board » est chargé de l'évaluation des importations d'opium et de coca. Les exportations ne sont autorisées qu'à destination de pays dont le commerce des stupéfiants correspond à une nécessité. La légitimité des commandes doit être attestée par un agent diplomatique ou consulaire.

La fabrication et l'emploi de l'héroïne sont interdits. — Les Etats-Unis ont été dans l'obligation de prendre des mesures très sévères, ayant eu à souffrir considérablement de la toxicomanie très répandue, d'autant plus que le trafic illicite y est extrêmement développé; il est à peu près impossible à limiter.

En 1929, les Etats-Unis ont importé 76.983 kilogrammes d'opium brut, dont 68.472 ont servi à la fabrication de la morphine.

La morphine fabriquée a été de 8.374 kilogrammes; les exportations étant à peu près nulles; pour les feuilles de coca, les importations ont été de 61.616 kilogrammes, dont 66.100 ont été utilisées pour la fabrication de la cocaïne.

La coca en Bolivie. — La Bolivie est pays producteur de coca, mais non distributeur. L'habitude de la coca est très répandue chez les indigènes, qui mâchent les feuilles soi-disant pour rétablir leur organisme déprimé par de dures conditions de travail à grande altitude.

D'après M. COSTA DU REIS, la suppression de l'habitude de mâcher la coca serait grave; il y aurait du jour au lendemain plus de 2 millions d'individus auxquels leur principal stimulant serait enlevé.

Un contrôle très sévère de l'exportation est exercé en Bolivie, et d'après des expériences établies sur place le fait de mâcher la feuille de coca serait beaucoup moins dangereux que la cocaïne vraie préparée par les chimistes.

Les chiffres donnés dans l'étude du trafic pour chaque pays et les chiffres du tableau peuvent différer parfois dans des conditions assez importantes. On se rendra aisément compte que l'étude de telles statistiques a présenté des difficultés considérables. Les statistiques fournies par les pays eux-mêmes et les statistiques remaniées expliquent les divergences possibles. Ainsi le gouvernement allemand a déclaré, dans une lettre du 15 mars 1927, que 300 kilogrammes de cocaïne avaient été importés en Allemagne par la maison BOEHRINGER, de Hambourg, sans son autorisation.

FABRICATION EN KILOGRAMMES

Morphine.

	1926	1927	1928	1929	1930
	—	—	—	—	—
Allemagne.	20.700	12.800	19.120	24.000	10.565
États-Unis.	7.259	7.292	8.191	8.374	5.373
France	3.009	4.000	7.278	12.141	12.195
Grande-Bretagne. .	5.180	4.600	3.968	4.577	1.911
Japon.	1.750	1.508	2.412	1.989	1.904
Suisse	8.038	3.757	2.246	4.140	1.844

Diacéylmorphine (héroïne).

Allemagne	1.800	750	1.300	387	169
France	1.840	1.800	3.450	1.343	2.216
Grande-Bretagne .	280	447	277	223	116
Japon.	1.090	691	1.745	1.590	1.396
Suisse.	3.973	3.310	952	68	4

Cocaïne.

Allemagne	2.400	2.500	2.344	1.826	1.153
États-Unis.	815	947	952	846	723
France	974	772	1.100	911	831
Grande-Bretagne .	»	»	139	328	318
Japon.	1.510	1.542	1.420	1.215	1.192
Pays-Bas	774	400	514	281	135
Suisse.	70	59	140	344	386

L'ACTION INTERNATIONALE

LES CONFÉRENCES DE L'OPIUM

A la suite de l'édit impérial proclamé en Chine, en 1906, annonçant au monde « l'intention de se débarrasser du fléau de l'opium », l'attention est attirée sur le problème. Des sociétés de missionnaires et d'organisation privée demandent aux Etats-Unis d'élaborer une conférence à laquelle prendraient part la plupart des nations intéressées au trafic de l'opium. Il fallut attendre 1907 pour que se réunît après de très nombreuses négociations la conférence de Shanghai, à laquelle participaient treize Etats. Cette conférence traça le plan général de la lutte à entreprendre. Les treize Etats présents étaient : l'Allemagne, la Chine, l'Autriche, les Etats-Unis, la France, la Grande-Bretagne, l'Italie, le Japon, les Pays-Bas, la Perse, le Portugal, la Russie, le Siam, la Turquie, convoquée, ne s'étant pas fait représenter. Cette conférence ne constitue, en réalité, qu'un préambule aux autres actions, car rien de définitif n'est décidé. Courageusement, malgré la difficulté du problème, la Chine continue à poursuivre l'œuvre entreprise.

Après la réunion de Shanghai, les Etats-Unis proposent une nouvelle conférence nationale qui se réunit à La Haye en 1912. Cette convention comportait une série de clauses visant l'assistance à la Chine qui s'engageait à continuer la lutte contre la contrebande. C'est cette *convention de La Haye* qui, la première, *définit les différentes sortes de stupéfiants*. Les puissances contractantes s'engagent à contrôler la distribution de l'opium brut et à supprimer graduellement l'usage de l'opium préparé. Elles sont également tenues de prendre des mesures en vue de contrôler l'exportation et l'importation des produits visés, *à limiter la fabrication, la vente et l'emploi de la morphine et de la cocaïne aux usages médicaux et légitimes*, et d'imposer aux personnes s'occupant de la manufacture et du trafic des alcaloïdes l'obligation d'obtenir une autorisation officielle. Cette conférence

fut remise à 1913 pour discuter de la ratification et, en 1914, onze ratifications furent obtenues, sept promises, sur quoi éclata la guerre.

A la signature de la paix, une clause figure, par laquelle les Etats s'engagent à mettre en vigueur la convention de 1912. La Société des Nations commence son œuvre. A ce moment le problème se présentait très complexe; car la question des stupéfiants, qui, avant guerre, se présentait sous un jour particulier à l'Extrême-Orient, prenait un aspect beaucoup plus important, puisque le problème était devenu universel.

Une commission consultative est constituée, cette commission a pour but de faire aboutir les obligations prises par les membres de la Société en les faisant adhérer à la convention de La Haye. C'est seulement au début de 1920 que la Commission consultative est organisée; les pays adhérents sont alors : l'Allemagne, l'Autriche, la Bolivie, l'Angleterre, la Chine, l'Espagne, l'Egypte, les Etats-Unis (à titre consultatif) la France, l'Inde, l'Italie, le Japon, le Mexique, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, le Siam, la Suisse, l'Uruguay et la Yougoslavie; les délégués de la Perse et de la Turquie étaient présents. La Commission a un *secrétariat permanent de la section de l'opium*, qui est chargé de recueillir les renseignements concernant les mesures dans les différents pays pour assurer l'exécution de la convention et, d'une manière générale, toutes les indications relevant du trafic de l'opium.

De 1921 à 1925 on a surtout recherché la ratification des conventions. La Commission crée un système de certificats d'importation et d'exportation. C'est à M. BRENT, dont il faut rappeler le mérite, d'avoir prononcé ouvertement le premier les mots de limitation de la production; c'est lui qui annonce courageusement : « il n'a jamais existé dans l'histoire de commerce plus lucratif et moins soucieux de la prospérité humaine que le trafic de l'opium et de ses dérivés »; et le délégué des Etats-Unis ajoute : « Pour éviter l'abus de ces produits, il est nécessaire d'exercer un contrôle rigoureux de la production de l'opium brut, de manière qu'il n'y ait pas d'excédent disponible pour des fins qui ne sont ni médicales, ni scientifiques. » Nous avons dit plus haut qu'il avait été question de certificats d'exportation et d'importation; il fallait, en outre, pour que ces mesures aient une valeur efficace, établir des données sur la consommation moyenne par tête d'habitant. En février 1924, le Comité d'hygiène donne comme chiffre 450 milligrammes, chiffre que le docteur WASSERBERG trouve excessif et qui serait, d'après ses calculs personnels très précis, d'environ 140 milligrammes.

LES CONFÉRENCES DE L'OPIMUM

Première Conférence.

Deux conférences se réunissent à Genève en 1924, l'une pour la limitation de l'opium à fumer en Extrême-Orient qui aboutit à un accord signé à Bangkok en 1931, dont les délégués représentaient l'Angleterre, la Chine, la France, l'Inde, le Japon, les Pays-Bas, le Portugal et le Siam. Une enquête fut ouverte dans les pays producteurs (sauf Chine et Inde britannique). L'autre (deuxième conférence de l'opium), qui devait aboutir à la Constitution du Comité central permanent.

La Commission d'enquête sur l'habitude de fumer l'opium en Extrême-Orient établit que cette habitude est surtout répandue parmi les Chinois. Les Chinois vivant à l'étranger se groupent dans la mesure du possible pour fumer en commun; l'habitude de fumer l'opium existe également chez les Birmans, les Malais, les Javanais et certains indigènes des Indes néerlandaises, les Siamois, des tribus des Philippines et de l'Indo-Chine française.

Depuis longtemps, les races asiatiques fument l'opium : Shars en Birmanie et Annamites en Indo-Chine, qui sont proches parents de Chinois; les habitants de Formose descendant directement des Chinois...

Un fait curieux est à constater, les Japonais, bien que purs Asiatiques, ne fument presque jamais; et, même mis en contact avec des Chinois, ils se laissent difficilement contaminer. Une enquête a été faite pour établir les conditions sociales et morales qui font du Chinois un fumeur. Il semble que l'explication la plus plausible se trouve dans le fait que la condition sociale du Chinois moyen est très misérable; celui-ci sans vie intellectuelle, cherche un dérivatif à son déséquilibre. Peut-être trouve-t-on là l'explication de la répugnance du Japonais qui, au contraire du Chinois, est un actif et un intellectuel.

L'action de l'opium, comme calmant de la douleur, lui fait attribuer des vertus curatives considérables; et, dans les pays tropicaux où la population est atteinte de maladies chroniques (dysenterie, typhus, paludisme, fièvres), l'opium jouit de cette réputation surfaite d'être un curatif général, et bien souvent on lui attribue une action thérapeutique dans les maladies pulmonaires et dans la tuberculose en particulier.

L'explication de la plus grande résistance du Chinois vis-à-vis de l'opium semble venir de ce que l'hérédité joue là un rôle considérable, le Chinois ayant un système nerveux mieux entraîné

que celui d'autres individus et connaissant d'une façon très précise la dose qui lui est utile; cependant, certains témoignages montrent que le fumeur ne tient guère compte de cette dose maxima et fume bien souvent ou consomme l'opium simplement dans la limite de ses moyens.

Nous avons vu au chapitre des effets nocifs des stupéfiants comment agit l'opium sur le fumeur ou le mangeur au point de vue physique, moral, social.

L'enquête en Extrême-Orient a cherché à établir les circonstances qui pouvaient servir à empêcher une plus grande extension de l'habitude de fumer l'opium. Les religions bouddhiste et musulmane sont opposées à l'usage de l'opium; leurs préceptes leur interdisent de s'y adonner; il existe, en outre, des ligues contre l'opium, mais malheureusement dans la plupart des territoires d'Extrême-Orient, ces ligues sont simplement encouragées par de bonnes paroles de leur gouvernement, mais ne reçoivent que des subventions inexistantes ou limitées. Il semble pourtant que c'est surtout par l'éducation et l'amélioration des conditions d'existence qu'on puisse lutter énergiquement contre le fléau; la tendance à un relèvement intellectuel et la pratique des sports représentant d'excellents dérivatifs.

L'article 7 de l'accord de Genève impose aux puissances contractantes de faire tous leurs efforts pour combattre l'usage de l'opium préparé par l'enseignement dans les écoles, la distribution de brochures et tous autres moyens. Au point de vue éducatif, la question a une très grosse importance et demande à être longuement réfléchie : mettre les enfants en garde semble très beau, mais ainsi ne créera-t-on pas dans leur esprit une idée qui n'y avait pas encore germé.

La Commission d'enquête visita de nombreuses fumeries. Il en existe de toutes classes, l'établissement public misérable étant beaucoup plus répandu que les somptueuses fumeries (divans) que se représentent en général les Occidentaux à la lecture d'ouvrages romanesques. Une fumerie visitée par la Commission à Bangkok pouvait contenir 500 fumeurs environ; c'était un local relativement propre. Il faut tenir compte que la plupart des clients de ces fumeries n'ont pas de domicile et trouvent ainsi un moyen de passer la nuit. Il existe à côté des fumeries contrôlées un nombre beaucoup plus considérable de fumeries clandestines destinées à écouler l'opium de contrebande.

L'opium à fumer. — Pour être fumé l'opium doit subir des transformations. C'est, en général, à la fumerie qu'il est préparé pour la revente.

Les accessoires nécessaires pour fumer l'opium sont : une pipe, une aiguille et une lampe. Le fumeur s'étend sur une couchette, la dose d'opium préparée est grillée peu à peu sur une aiguille alternativement plongée dans l'opium et exposée à la flamme jusqu'à formation d'une boulette grillée à la pointe de l'aiguille; ensuite l'aiguille est enfoncée dans le fourneau de la pipe de façon à traverser de part en part la boulette grillée; la pipe est prête, elle est maintenue au-dessus de la flamme pendant que le fumeur aspire quelques bouffées, il suffit de quelques secondes pour fumer une pipe. Nous avons déjà dit que le succès des fumeries peut s'expliquer parce qu'elles servent de gîte; en outre, le matériel à fumer, bien que peu coûteux, peut être difficilement acheté par les individus des classes pauvres.

Il semble que le meilleur moyen de vérifier les fumeurs d'opium soit de surveiller les fumeries par la détention d'une licence; ces procédés sont mis en œuvre par la plupart des gouvernements d'Extrême-Orient; dans certains cas, les établissements qui veulent vendre de l'opium à fumer sont tenus de présenter une licence; dans l'autre cas, de telles maisons sont gérées par les soins même du gouvernement. Dans le Siam, l'opium ne peut être fumé que dans les fumeries publiques. Notons en passant le manque à peu près total d'hygiène des accessoires, qui sont, en plus du danger de l'opium lui-même, un remarquable danger de contamination pour la tuberculose et en particulier pour la syphilis. Dans certains Etats malais, des mesures sont en vigueur, qui obligent les tenanciers à procéder à la désinfection des pipes et des aiguilles avec de l'eau bouillante.

L'avantage des fumeries contrôlées réside surtout en la récupération du dross qui permet de réduire en partie le trafic illícite de cette drogue. Au Siam, le gouvernement récupère une quantité de dross qui correspond à environ 50 % de la quantité d'opium préparée vendue par le monopole, alors que le rendement maximum de l'opium en dross est de 60 % environ.

Le dross d'opium est le résidu de l'opium fumé et contient une grosse quantité de morphine, le fumeur n'en absorbant qu'une petite quantité par respiration. Une partie de la morphine est vraisemblablement perdue lorsque l'opium est fumé. On suppose que la décomposition des autres alcaloïdes contenus dans l'opium préparé venant s'ajouter aux modifications organiques résultant de la combustion aggrave les effets pernícieux du dross. Le mélange d'opium et de dross, particulièrement toxique, est très employé dans les fumeries et la récupération du dross présente donc une grosse importance.

Le dross récupéré par les gouvernements est en général détruit.

Nous avons peu parlé de l'opiophagie. Il ressortirait de l'enquête que l'absorption d'opium serait plus pernicieuse que le fait de le fumer, il existe dans la plupart des territoires visités par la Commission des mangeurs immatriculés tout comme des fumeurs; la plus grande toxicité de l'opiophagie semblerait s'expliquer de ce que le mangeur d'opium absorbe la totalité de la morphine et des autres alcaloïdes, tandis que, comme nous l'avons vu, le fumeur n'absorbe qu'une partie négligeable.

Politique suivie par les gouvernements en matière d'opium. — La base du système consiste en un monopole des gouvernements qui présenterait les caractères suivants : importation pour des fins non médicales exclusivement réservée aux gouvernements; préparation et distribution de l'opium par l'intermédiaire du gouvernement; vente à un prix élevé faisant de l'opium un article de luxe; autorisation de délivrer l'opium et de le consommer n'étant accordée qu'aux fumeurs immatriculés ou titulaires de licence conformément à des dispositions visant la race, le sexe, l'âge du consommateur; limitation de la consommation; possibilité de fumer l'opium seulement dans des établissements munis de licence ou gérés par le gouvernement; recueil du dross par le gouvernement; protection du monopole et répression intense du trafic illicite.

Champ d'application du monopole. — Le monopole ainsi présenté étant réalisé et appliqué d'une part, tous les systèmes présentent de grosses lacunes. A part deux territoires, celui de Kouan Toung, la fabrication est partout un monopole du gouvernement. En Birmanie, l'opium brut est vendu directement aux consommateurs; la fabrication de l'opium pour la vente est interdite; seuls quelques territoires (établissements du Détroit, Etats de la Malaisie britannique, Bornéo, Indes Néerlandaises) ont fait un monopole absolu; dans les autres territoires la vente s'effectue par des vendeurs intermédiaires. Au Siam, les établissements avec licence sont progressivement remplacés par des **comptoirs du gouvernement**.

L'immatriculation et la licence des fumeurs existent en Birmanie, aux établissements du Détroit, en Malaisie britannique et dans les protectorats britanniques de Bornéo, à Formose et à Kouan Toung. Le système de rationnement intégral existe à Formose, en Birmanie et Kouan Toung. Dans presque tous les territoires la législation fixe un maximum de quantité journalière.

Il reste beaucoup à faire pour rendre les monopoles réellement actifs.

Systèmes d'immatriculations et de licences. — Le principe de l'immatriculation simple qui consiste à faire mention sur un registre des nom et adresse de l'acheteur. Cependant, tout système doit comporter des mesures de rationnement de façon à ce que chaque fumeur ne puisse obtenir que la quantité qui lui est nécessaire.

L'octroi d'une licence doit être subordonné à la race, l'âge, le sexe, le degré de l'opiomanie. Il semble que le médecin ait là un rôle important à jouer, les rations étant, en général, détenues et fixées par des fonctionnaires ignares qui ne peuvent comme pourrait le faire le médecin, amorcer une désintoxication possible.

Conformément à l'accord de Genève, les puissances contractantes sont dans l'obligation d'interdire la vente aux mineurs et de leur interdire l'entrée des fumeries. En outre, tous les fumeurs âgés de moins de vingt et un ans doivent subir un traitement de désintoxication.

La prohibition absolue est en vigueur aux Philippines; à Formose, l'habitude de fumer l'opium doit disparaître avec le dernier détenteur de licence. Il semble que ce soit là le moyen logique, on ne peut, en effet, empêcher en un jour, voire en un an, tout l'Extrême-Orient de fumer l'opium.

Deuxième Conférence.

La deuxième conférence de l'opium, qui s'est réunie à Genève le 17 novembre 1924, aboutit à un accord signé le 11 février 1925. Cette conférence réunissait 41 puissances (U. R. S. S. exceptée). Les principales questions en cause sont :

1° Limitation des quantités à fabriquer de morphine, d'héroïne, cocaïne et de leurs sels;

2° Limitation des quantités d'opium brut, de feuilles de coca qui peuvent être importées à cet effet;

3° Limitation de l'importation de l'opium brut et de feuilles de coca en vue des exportations aux quantités requises pour les besoins médicaux et scientifiques.

Dès la première conférence, il est mis en évidence que la quantité circulante d'opium brut est d'environ dix fois supérieure à la quantité nécessaire aux besoins médicaux et scientifiques.

A cette conférence furent établis plusieurs plans. Mais il fal-

lut attendre 1928 pour avoir un projet sérieux, présenté par M. CRANE et connu sous le nom de « Plan d'approvisionnement préalable ».

En 1929, la dixième session adopte une résolution en invitant la commission consultative à préparer des plans en vue de la limitation en tenant compte des besoins mondiaux pour des fins médicales et scientifiques.

Le 20 janvier 1930, la commission se réunit à Genève; la treizième session s'ouvre par un impressionnant discours de RUSSEL PACHA. Il évoque la situation actuelle de l'Egypte et les graves conséquences qui en résultent.

Situation en Egypte. — En effet, avant-guerre l'usage du haschisch était fréquent en Egypte, mais les autres toxicomanies n'étaient pas connues. A cette époque, sur une population de 14 millions d'habitants, on comptait 500.000 toxicomanes. Tous les toxiques connus étaient employés et dans toutes les classes de la société. Selon la phrase employée par RUSSEL PACHA lui-même : « Avant l'introduction des poisons européens, il n'existait pas au monde d'être plus sain, plus laborieux que le paysan, l'agriculteur égyptiens. Aujourd'hui, chaque village compte des victimes de l'héroïne qui fait surtout ses adeptes parmi la jeunesse du pays. » D'importantes saisies de stupéfiants opérées par les autorités égyptiennes en 1929 ont révélé l'organisation importante de trafiquants, ayant leur siège à Vienne. La police viennoise découvrit les coupables qui s'approvisionnaient soit en Suisse, soit en France. Des renseignements précis ont prouvé qu'une fabrique avait exporté, de 1926 à 1929, 6.400 kilogrammes d'héroïne, 943 kilogrammes de morphine et 205 kilogrammes de cocaïne (maison ROESSLER, de Morshviller-le-Bas).

La deuxième conférence de l'opium a vu la naissance, par son article 19, du *Comité central permanent*. Le Comité central permanent comprend huit personnes qui, « par leur compétence technique, leur impartialité et leur indépendance, doivent inspirer une confiance universelle ». Les membres du Comité central sont nommés par le Conseil de la S. D. N.

C'est à cette treizième session qu'est reprise la question de la limitation de la fabrication par un accord entre les pays fabricants. Cette limitation devait être discutée par une conférence internationale ayant pour mission de fixer la quantité totale des stupéfiants nécessaires pour faire face aux besoins médicaux et scientifiques.

Deux plans devaient se trouver en présence : celui dit des quotes-parts qui, malgré son aspect séduisant, s'est montré pra-

tiquement inutilisable, et d'autre part, le plan américain d'approvisionnement préalable qui est à la base de la conférence pour la limitation de la fabrication. Ce plan diffère totalement du plan de la Commission, basé sur le système des quotes-parts, avec répartition extrêmement difficile à établir, comme le montre l'échec relatif de la *Conférence préliminaire de Londres en 1931*. En effet, il était nécessaire dans ce système de constituer un cartel de fabricants, cartel national d'une part, cartel international d'autre part. On favorisait ainsi uniquement les projets des fabricants et des pays fabricants et l'œuvre sociale passait tout simplement au second plan. Nous avons déjà dit que cette méthode des quotes-parts avait été complètement abandonnée et la Conférence de la limitation de la fabrication s'est inspirée du plan américain d'approvisionnement préalable dans lequel la liberté de fabrication est laissée libre jusqu'à concurrence du montant total des commandes reçues. La liberté de concurrence est ainsi sauvegardée, le prix des drogues par conséquent moins élevé et l'intérêt du malade sauvegardé.

Les dernières sessions de la Société des Nations.

La quatorzième session s'est tenue du 9 janvier au 7 février 1931.

Cette session s'ouvre avec un ordre du jour très précis. La question de la limitation y est à l'ordre du jour; la question d'Égypte est à nouveau évoquée, une considérable amélioration a eu lieu, les toxicomanes sont passés de 500.000 qu'ils étaient à 250.000; cependant, on a constaté un gros courant de trafic illicite en provenance d'Istanbul. La question chinoise a été également discutée, le gouvernement chinois refuse d'accepter une enquête internationale.

La France a fait savoir qu'elle applique, depuis le 1^{er} janvier 1929, le système des certificats d'importation qui ont donné d'excellents résultats, puisque les importations et les exportations sont tombées très bas. Pour la morphine, les importations qui étaient de 1.684 kilogrammes en 1928 sont tombées à 293 en 1929; pour l'héroïne, elles étaient de 1.078 kilogrammes pour cette même année et tombent en 1929 à 13 kilogrammes; pour la cocaïne elles passent de 270 kilogrammes en 1928 à 194 en 1929.

La quatorzième session précédait de quelques mois seulement l'ouverture de la conférence sur la limitation de la fabrication qui est peut-être l'œuvre la plus importante qui ait été accomplie par la S. D. N.

LA CONFERENCE SUR LA LIMITATION DE LA FABRICATION

Le 11 novembre 1930 avait eu lieu à Londres une conférence préliminaire qui avait été la preuve évidente de l'échec du système des quotes-parts; ce système présentant le gros écueil de ne tenir compte que des pays fabricants et des pays producteurs.

La Conférence pour la limitation réunie à Genève le 27 mai a terminé ses travaux le 13 juillet 1931. 56 Etats étaient participants; plusieurs pays n'appartenant pas à la S. D. N. s'étaient fait représenter, tels : l'Afghanistan, le Brésil, Costa-Rica, la ville libre de Dantzig, l'Ethiopie, l'Egypte, le Hedjaz, la République de Saint-Martin, la Turquie et les Etats-Unis; l'U. R. S. S. était également représentée.

L'aboutissement de cette conférence fut un accord qui a recueilli de nombreuses signatures, y compris celles de tous les délégués des pays fabricants. Au cours de ce débat, il est établi que le système des quotes-parts est pratiquement inutilisable. Le délégué japonais et la délégation française proposent un système de disposition autorisant les parties contractantes à fabriquer la quantité de stupéfiants nécessaire aux besoins du pays et à l'exécution des commandes légitimes pour l'exportation; les comités se rallient à cette proposition. Le 20 janvier, le projet était adopté par la conférence.

Le chapitre premier traite des drogues et établit une liste complète des stupéfiants. Cette liste est aussi complète qu'on peut le désirer; rien n'y est laissé au hasard, elle est conçue dans le but d'empêcher l'utilisation de moyens destinés à tourner la convention par la fabrication de nouveaux produits. La conclusion comprend tous les dérivés connus et possibles de l'opium et de la feuille de coca. En outre, les préparations nouvelles ne peuvent être mises en œuvre que sous certaines conditions.

Le chapitre 2 traite des évaluations, de l'autorisation de constituer des stocks d'Etat et des stocks de réserve; toutes les évaluations doivent être transmises au Comité central permanent. L'organe de contrôle est composé de membres de la Commission consultative du Comité central permanent et du Comité d'hygiène. Cet organe peut exiger des précisions dans les évaluations fournies. C'est sur ces bases que sera établi le chiffre du total mondial.

Le chapitre 3, le plus important du rapport, traite de la limi-

tation de la fabrication et en fixe les termes exacts; l'article 4 interdit l'exportation de la diacétylmorphine, sauf dans certaines conditions bien définies (destination aux gouvernements).

Le commerce et la fabrication des alcaloïdes de l'opium et des feuilles de coca ne sont permis que si l'utilisation médicale du produit a été éconstatée par le gouvernement intéressé; dans ce cas, le gouvernement le notifie au secrétariat de la S. D. N.; le corps est soumis au comité d'experts, et si les effets stupéfiants sont constatés, le corps tombe sous le coup de la convention.

Le chapitre 5 traite des drogues du groupe II : codéine et éthylmorphine. Ces corps sont soumis aux dispositions de la convention en ce qui concerne la fabrication, l'exportation, l'importation, le commerce en gros. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux préparations contenant de ces drogues et ayant un but thérapeutique défini. Les gouvernements ayant délivré une autorisation d'exportation à destination de pays auxquels ne s'appliquent ni la convention actuelle, ni celle de 1925, en avertissent le Comité central permanent.

Le Comité prépare chaque année, et pour chaque contrée, un état indiquant les évaluations, les quantités consommées, fabriquées, transformées, importées, exportées. Le Comité est en droit de demander l'explication à un participant ayant failli à ses engagements.

Le chapitre 6 traite de l'administration et de l'organisation de la lutte contre la toxicomanie. Les fabricants sont tenus de fournir un tat des quantités fabriquées et en stock.

L'acte final contient les dispositions sur l'organisation d'un code modèle et donne les indications sur les procédés à employer dans la lutte contre le trafic illicite.

Le cas de l'héroïne a été spécialement envisagé, la recherche d'un corps ayant les mêmes propriétés est prévu; des récompenses sont proposées pour les inventeurs de drogues n'engendrant pas la toxicomanie et ayant les vertus thérapeutiques des stupéfiants. Le protocole de signature a été signé par trente-huit Etats. En résumé, pour que la Conférence entre en vigueur, il faut qu'elle soit ratifiée par quatre Etats parmi les huit suivants (Allemagne, Etats-Unis, France, Grande-Bretagne, Japon, Pays-Bas, Suisse, Turquie); seuls jusqu'ici les Etats-Unis ont ratifié. Plusieurs pays font dépendre leur ratification de celle d'un autre gouvernement. On a insinué que c'était là un moyen de faire traîner en longueur l'entrée en vigueur de la convention.

L'opinion publique a été informée par la presse et on se demande d'où vient ce retard; quels intérêts entrent-ils en jeu? Il semble que, depuis longtemps, les gouvernements auraient dû faire honneur à leur signature et à leurs engagements.

Nous avons eu malheureusement, ces dernières années, trop de preuves de combinaisons louches, pour ne pas nous émouvoir.

Il faut espérer que le côté des honnêtes gens se fera jour et peut-être cette œuvre efficace n'aura pas été vaine.

Evidemment, les bénéfices réalisés par les gouvernements sont impressionnants si l'on en croit ceux qui nous sont donnés par « l'Anti-Opium Bureau » de Genève, puisque en dix ans, les recettes nettes se seraient élevées à 2 milliards 500 millions de francs-or. Mais cela ne doit pas être un écueil. Au fait, a-t-on calculé ce que peuvent coûter aux gouvernements les épaves que deviendront les toxicomanes?

Dans les toutes dernières sessions on s'est surtout occupé du trafic illicite et de la documentation.

La quinzième session s'est tenue à Genève, du 15 avril au 4 mai 1932.

A cette session, la France fait savoir que les licences ont été retirées à plusieurs fabricants convaincus d'affaires illicites. Le gouvernement turc a, enfin, fait dresser la liste des stocks des usines. L'autorisation d'exportation n'étant possible qu'avec des licences, un contrôle effectué à Etki près d'Istamboul ayant montré des fraudes de comptabilité, la maison a été fermée par ordre du Conseil des ministres jusqu'à vérification. *En Pologne*, la licence a été retirée à deux maisons; *en Suisse*, la fabrication de la benzoïne-morphine est supprimée depuis janvier 1929. Un mémorandum a été adressé par les Etats-Unis sur le contrôle de la fabrication et de la vente. Ce contrôle s'appuie essentiellement sur la limitation officielle et la vérification des quantités des matières premières.

Trois pharmacies en gros sont autorisées à importer l'opium brut et l'opium médicinal. Enfin, deux firmes sont également autorisées à importer une petite quantité de feuilles de coca. Les importateurs ne sont pas pourvus de licence, mais soumis à la loi Harrison, qui les oblige à tenir une comptabilité précise de toutes les matières importées et fabriquées; dans les cas de trafic illicite, l'interdiction est proclamée et des poursuites judiciaires sont intentées. En ce qui concerne les grossistes (*Wholesale sealers*), ils obtiennent leurs approvisionnements totaux des maisons importatrices de matières premières. Des relevés mensuels de la vente doivent être fournis.

Il existe aux Etats-Unis environ 300 fabricants.

Parmi les dernières résolutions adoptées par le Comité central, il faut signaler l'application aux dilutions contenant moins de 2 % de morphine qui tombent également sous le coup de la convention.

A la suite de ces différentes conférences, on se trouve en présence d'un plan net, bien défini, que nous résumons dans ses grandes lignes.

C'est d'abord, et nous sommes obligés de le répéter une fois de plus, que seuls les usages scientifiques et médicaux doivent être considérés comme légaux. Les dérivés sans valeur médicale ne peuvent être fabriqués, même si de nouvelles drogues sont utiles au point de vue médical, il faudra prouver qu'elles n'agissent pas comme stupéfiants (art. 11).

Les préparations de morphine et de cocaïne contenues dans une substance inerte font l'objet des mêmes obligations que les drogues pures (art. 13).

Le Comité central permanent a le droit de demander des explications aux gouvernements qui n'envoient pas de statistiques. Le Comité publie des statistiques annuelles indiquant pour chaque pays les quantités de chaque drogue consommée, fabriquée, transformée, importée, exportée.

Toute l'héroïne confisquée sera détruite ou convertie en substance non stupéfiante (art. 18).

Les gouvernements doivent créer une administration spéciale en vue de l'application des dispositions de la convention; ils doivent en outre réglementer et surveiller le trafic, organiser la lutte contre la toxicomanie (art. 15).

Les matières premières détenues ne pourront pas excéder les approvisionnements pour six mois et leur emploi sera justifié.

Les préparations seront vendues avec des étiquettes indiquant le pourcentage en toxique (art. 19).

Les différents pays sont invités à faire connaître à la convention quelle sorte de produits ils fabriquent, quelles personnes s'occupent de cette fabrication, où s'effectue la fabrication et quels sont les intéressés (art. 20).

Tous les cas de trafic illicite sont signalés.

En attendant l'entrée en vigueur qui, on l'a vu, est subordonnée (art. 30) à la ratification de vingt-cinq Etats, dont huit pays spécifiés, il est recommandé aux gouvernements de limiter, dans la mesure du possible, leur production à leurs besoins. Les chiffres suivants ont été donnés à l'issue de la conférence, pour les besoins mondiaux actuels :

Morphine, 9 tonnes; héroïne, 2 tonnes; cocaïne, 5 t., 5.

CONCLUSIONS

La lutte entreprise est, on peut s'en rendre compte, d'une grande envergure. Le danger n'est pas niable. Parmi les méthodes de désintoxication, si aucune d'elles ne paraît se détacher nettement, il reste cependant au médecin l'organisation d'une cure appropriée à son malade. La méthode du professeur MODINOS peut être appelée à un avenir intéressant.

Pour ce qui est de la lutte d'ordre général, d'une part, on doit considérer l'utilité des organismes internationaux et, d'autre part, la création d'organismes nationaux.

Au point de vue national, il existe actuellement en France le Comité national de défense contre les stupéfiants, mais il serait souhaitable qu'une organisation officielle du ministère de la Santé publique soit créée, elle pourrait dépendre de l'Office national d'hygiène sociale.

Au point de vue international, la solution du problème de la fabrication semble quasi impossible, pour le moment; mais, d'autre part, le problème de la limitation de la fabrication est apparemment très facile à résoudre. Il me semble nécessaire de rappeler ici que la convention pour la limitation de la fabrication doit être ratifiée; les Etats-Unis ont été les premiers à le faire; actuellement, neuf gouvernements ont approuvé la convention; il faut, pour que celle-ci entre en vigueur, la ratification de vingt-six pays au 13 avril 1933.

Il est évidemment difficile de concilier les vues d'un aussi grand nombre d'Etats, mais une seule idée doit guider les délégués des gouvernements : c'est l'importance du danger social actuel.

Il semble que de nombreux points soient à modifier au point de vue légal. Le maximum de peine est actuellement, en France, de deux ans d'emprisonnement; les amendes ne sont pas tellement considérables, en rapport avec l'énormité des bénéfices réalisés; le trafiquant doit être très sévèrement puni; ne se comporte-t-il pas comme un véritable empoisonneur? Le consommateur lui-même doit être châtié, mais il faut tenir compte de son état de malade et considérer sa responsabilité comme atténuée.

Les sanctions doivent être particulièrement rudes pour les médecins et les pharmaciens qui se livrent au trafic illicite ou favorisent l'obtention des drogues moyennant bénéfice. Des peines de prison et de grosses amendes doivent fournir la base de cette répression; en outre, le retrait du diplôme doit être prononcé.

L'action entreprise a donné déjà d'excellents résultats, ne serait-ce qu'en Egypte, où la diminution de la toxicomanie a été très considérable ces dernières années.

Les médecins qui connaissent bien le danger de la toxicomanie se doivent tout entier à cette lutte qui représente un des critères de leur action sociale.

En résumé, les moyens d'action les plus efficaces sont basés sur les principes suivants :

Limitation de la fabrication;

Etablissement d'un monopole complet;

Lutte contre le trafic illicite;

Aggravation des peines et renforcement des organisations policières;

Eloignement et isolement des malades;

Collaboration médicale;

Orientation des malades vers des distractions variées afin de les soustraire au milieu contaminant;

Création d'organismes centraux et de centres nationaux;

Etablissement d'une documentation précise;

Education par des moyens variés.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse,*

Leon Bernard

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- ROGER WIDAL, TESSIER : tome IV, *Intoxications*.
LOGRE : *Toxicomanies* (STOCK).
CYRIL et BERGER : *la Coco, poison moderne* (FLAMMARION).
R. MILLIAT : *la Cocaïne devant la loi pénale*.
PIOUFFLE : *Psychoses cocaïniques* (MALOINE, 1919).
R. MAGE : *la Question de l'opium et des stupéfiants au point de vue international* (1930).
R. LACAISSÉ : *l'Hygiène internationale à la S.D.N.* (1926).
Chemistry on the opium Alkaloids (Lydon S. SMALL, Washington).
Probleme der Weltwirtschaft (Albert WISSLER, Iena).

Articles : *Echos de la médecine* (nov. 1932) :

La Cure de désintoxication doit-elle être une cure de souffrance?

Publications de l' « Anti-Opium Bureau », de Genève.

Le Siècle Médical, novembre 1932 : L'œuvre de l'organisation internationale d'Hygiène au cours de ses dix années d'existence.

Lyon Républicain, 7 déc. 1932 : Le problème des stupéfiants (G. DEQUIDT).

Le Mouvement sanitaire, novembre 1931 : La Lutte contre les stupéfiants.

DOCUMENTS DE LA S.D.N.

Conventions :

Convention de La Haye du 23 janvier 1912.

Accord et Protocole du 11 février 1925 consécutifs à la première Conférence de l'opium.

Convention de Genève du 19 février 1925 consécutive à la deuxième Conférence de l'opium.

Convention pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants, Protocole de signature et *Acte final* du 13 juillet 1931, consécutifs à la Conférence pour la limitation de la fabrication des stupéfiants.

Accord et Acte final de Bangkok du 27 novembre 1931 consécutifs à la Conférence pour la suppression de l'habitude de fumer l'opium convoquée en vertu de l'article 12 de l'Accord de Genève sur l'opium.

*
* *

Procès-verbaux de toutes les sessions de la Commission consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles, c'est-à-dire de la première à la quinzième session. (Annexe au P.-V. de la Commission de la Conférence.)

Le dernier rapport de la Commission au Conseil, rapport sur la quinzième session, constitue le document C. 420, M. 229, 1932, XI.

Rapport de la Cinquième Commission à chacune des assemblées de la Société des Nations.

A. B. C. des stupéfiants, par le docteur ANSELMINO, document C.C.P. 44, I.

Résumé des rapports annuels sur le trafic de l'opium, document paraissant chaque année et résumant la situation dans les divers pays et indiquant les nouvelles mesures législatives ou administratives adoptées.

Rapport au Conseil du Comité Central Permanent de l'opium (C. 624, M. 307, 1932, XI).

Activités du Secrétariat, A. 21, 1932.

Documents concernant les Conférences :

Procès-verbaux et annexes de la première Conférence de l'opium (C. 684, M. 244, 1924, XI).

Actes de la deuxième Conférence de l'opium (C. 760, M. 260, 1924, XI, volumes 1 et 2).

Actes de la Conférence pour la limitation de la fabrication des stupéfiants, volume I, séances plénières plénières, volume 2, séances des Commissions et des Sous-Commissions.

Documents préparatoires de la Conférence :

Analyse du trafic international de la morphine, de la diacétylmorphine et de la cocaïne pour les années 1925-1929 (C. 587, M. 228, 1930, XI), 1^{re} partie, 2^e partie, 3^e partie.

Rapport de la Commission d'enquête sur le contrôle de l'opium à fumer en Extrême-Orient (C. 635, M. 254, 1930, XI; volumes 1, 2, 3 et 4).

Procès-verbaux de la Conférence de Bangkok (document C. 577, M. 284, 1932, XI).

Déclaration commune concernant le trafic illicite de l'opium (Conf. O.F.B. 35).

Documents concernant l'application de l'article 10 et de l'article 8 de la Convention de Genève (Comité d'Hygiène) :

O. C. 1411 (1);
C. 114, M. 54, 1932, III.

Documents indiquant la liste des substances et préparations tombant sous le coup des Conventions de La Haye et de Genève, établis par un sous-comité d'experts :

O. C. 1123, 2 (liste suivant la composition des produits);
O. C. 1123, 2 a) (liste alphabétique).

Enquête sur la toxicomanie :

Doc. O.^eC. 1408 et C. H. 1018 (1);
O. C. 1124 (traitement au Japon);
O. C. 1188 et 1188 a), b) et c) (méthode Modinos).

Problème des matières premières :

Rapport de la Commission d'enquête sur la production de l'opium en Perse (document C. 580, M. 219, 1926, XI).

Projet de questionnaire sur les matières premières (document O. C., 1449).

L'Œuvre sociale et humanitaire de la S.D.N. :

Chapitre extrait de :

« Dix ans de coopération internationale », publié par la Section d'Information de la S.D.N.

